

## Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Adresse

die Vollmacht vom \_\_\_\_\_ (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Arztstempel