

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