

Vollmacht zur Abholung von FFP2 Masken für Bezugsberechtigte

Hiermit erkläre ich, dass ich zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach §1 der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung (SchutzmV) zähle, weil

- ich älter als 60 Jahre bin, Geburtsjahr _____ nachgewiesen durch Personalausweis, Reisepass, Führerschein, Krankenversichertenkarte o.ä. Identitätsdokument
- Oder: ich zu einer anspruchsberechtigten Risikogruppe gehöre und mich deshalb in dauernder ärztlicher Behandlung befinde wegen
1. chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale,
 2. chronischer Herz- oder Niereninsuffizienz,
 3. Zerebrovaskulärer Erkrankung, insbesondere Schlaganfall,
 4. Diabetes mellitus Typ 2,
 5. aktiver, fortschreitender oder metastasierter Krebserkrankungen oder stattfindender oder bevorstehender Therapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen kann,
 6. stattgefundenen Organ- oder Stammzellentransplantation oder Risikoschwangerschaft

Ich erkläre weiterhin, dass ich die mir zustehenden Schutzmasken nicht bereits zu einem anderen Zeitpunkt oder von einer anderen Apotheke bezogen habe

(Name in Klarschrift)

(Datum)

(Unterschrift)

Mit der Abholung bevollmächtige ich folgende Person:

Name



www.pillenbringer.de

Tübingen: Heinlenstr. 14 72072 Tübingen Tel. (0 70 71) 977 300 Fax (0 70 71) 977 30-20
Rottenburg: Gartenstr. 86 72108 Rottenburg Tel. (0 74 72) 96 39 0 Fax(0 74 72) 96 39 11
Herrenberg: Hindenburgstr. 20 71083 Herrenberg Tel. (0 70 32) 59 70 Fax (0 70 32) 55 23