

VOLMACHT

Naam: _____ Voorletter(s): _____

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

Verklaar dat, indien ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, wijs ik aan als gevolmachtigde op dat gebied:

Naam: _____

Geboortedatum: _____ te: _____

Adres: _____

Tel: _____

Als plaatsvervangend gevolmachtigde wijs ik aan:

Naam: _____

Geboortedatum: _____ te: _____

Adres: _____

Tel: _____

Ondertekening:

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____