

# VOLLMACHT ZUM OHRLOCHSTECHEN

Name der bevollmächtigten Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Vollmachtgeber:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Vollmacht:**

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, in meinem Namen das Ohrlochstechen durchzuführen oder durchführen zu lassen. Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, alle notwendigen Entscheidungen und Einwilligungen zu treffen, die für das Ohrlochstechen erforderlich sind, einschließlich der Einwilligung zur Verwendung von Materialien und der Einhaltung hygienischer Maßnahmen. Diese Vollmacht gilt ausschließlich für das Ohrlochstechen und ist jederzeit widerrufbar.

## **Haftungsausschluss:**

Ich bestätige, dass ich über mögliche Risiken und Nebenwirkungen des Ohrlochstechens informiert wurde und diese akzeptiere. Ich entbinde den Dienstleister und die bevollmächtigte Person von jeglicher Haftung, soweit gesetzlich zulässig.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_

Unterschrift bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://deindokumentenportal.com/vollmacht-ohrlochstechen/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://deindokumentenportal.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.