

Vollmachterteilung

im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie mit
Medizinal-Cannabisblüten bzw. Cannabisextrakt

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Fax, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Vollmacht im Original vorlegen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Befugnisse der von mir benannten bevollmächtigten Person

Sie ist befugt, einen Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb eines Cannabis-Extrakts bzw. von Medizinal-Cannabisblüten (§ 3 Abs. 2 BtMG) für mich zu stellen und alle dazu notwendigen Unterlagen zu beschaffen und einzureichen.

JA NEIN

Sie ist befugt, unter Vorlage des Originals der mir erteilten Erlaubnis (sofern diese erteilt wird/ist), das darin bezeichnete Cannabisprodukt in der (in der Erlaubnis ausgewiesenen) Apotheke zu erwerben.

JA NEIN

Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

JA NEIN

Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers