

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
- Honorarausschuss -
Postfach 29 26
55019 Mainz

Vollmacht

im Honorarprüfungsverfahren

Hiermit erkläre ich mich **einverstanden**, die Rechnung und die dazugehörenden Begründungen und Erklärungen von

Praxis/Krankenhaus: _____

Anschrift: _____

Name des Arztes/der Ärztin: _____

betreffend die Rechnung/en:

der Landesärztekammer zur Stellungnahme vorzulegen und bevollmächtigt dafür

Vorname/Name, Anschrift in Druckschrift

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt mit getrenntem Schreiben.

Vorname/Name der Patientin/des Patienten (Zahlungspflichtige/er), Anschrift (Straße, PLZ/Ort) in Druckschrift

Datum

Unterschrift