

Volmacht

Naam volmachtgever:

Geboortedatum en – plaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Om te bevorderen dat mijn wilsverklaring, omtrent medische besluitvormingen en/of beslissingen, zal worden nageleefd wanneer ik zelf niet, of niet meer voldoende, in staat ben mij helder en consistent te uiten stel ik hierbij onderstaande personen aan als mijn gevolmachtigde(n):

Naam:

Naam:

Geboorteplaats en datum:

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Telefoonnummer:

Plaats en datum:

Handtekening volmachtgever: