



UZ _____

Dr. Maier, Haager Straße 3, 79539 Lörrach

Tel.: 07621/5885200

Fax: 07621/5885220

kanzlei@notar-dr-maier.de

Der Termin findet statt am: _____

Vollmachtgeber:

Name, Vorname,	
Geburtsname	
geb. am	
Staatsangehörigkeit	
Straße/ Nr.	
PLZ/ Wohnort	
Telefon/Fax/E-Mail	

Vollmachtgeber:

Name, Vorname,	
Geburtsname	
geb. am	
Staatsangehörigkeit	
Straße/ Nr.	
PLZ/ Wohnort	
Telefon/Fax/E-Mail	

--	--

Bevollmächtigter:

Name, Vorname,	
Geburtsname	
geb. am	
Straße/ Nr.	
PLZ/ Wohnort	

Bevollmächtigter:

Name, Vorname,	
Geburtsname	
geb. am	
Straße/ Nr.	
PLZ/ Wohnort	

Vertretungsverhältnis	<input type="checkbox"/> Ehegatten vertreten sich gegenseitig <input type="checkbox"/> sonstige Bevollmächtigte sind einzelvertretungsberechtigt
-----------------------	---

Ist eine Patientenverfügung gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Höhe des Vermögens	
--------------------	--

Besonderheiten	
----------------	--

--	--

*Bitte bringen Sie zum Termin Ihre Ausweise mit.
Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zu unseren Öffnungszeiten
telefonisch zur Verfügung.*

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team Notar Dr. Maier