

FAC-SIMILE

**BESCHEINIGUNG ÜBER DAS VORLIEGEN EINES HINDERUNGSGRUNDES
FÜR DIE EINREICHUNG DES VOLLMACHTSFORMULARS FÜR DEN ZUGANG
ZU DEN ONLINE-DIENSTEN DER AGENTUR DER EINNAHMEN**

ICH, DER UNTERZEICHNETE

Nachname

Name

Ort der Geburt

Provinz

Geburtsdatum

Steuernummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

als Allgemeinmediziner des Nationalen Gesundheitsdienstes (SSN), der beim Regionalverband der

mit Nummer

bestätige, nachdem ich mich in Bezug auf bestimmte dokumentierte klinische Bedingungen vergewissert habe, dass Herr/Frau:

Nachname

Name

Ort der Geburt

Provinz

Geburtsdatum

Steuernummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

die/der in der Liste seiner Patienten eingetragen ist, das Vollmachtsformular für den Zugang zu den Online-Diensten der Agentur der Einnahmen nicht persönlich einreichen kann.

Stempel und leserliche Unterschrift des ausstellenden Arztes
Zertifizierung/Beglaubigung

Ort und Datum