



M.SC.- PSYCH. STEPHAN POLOWINSKI
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT

An der Waage 5

38527 Meine

Tel: 05304 / 7790103

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich _____
Nachname, Vorname , Geburtsdatum

Anschrift

Frau / Herrn _____
Nachname, Vorname , Geburtsdatum

Anschrift

meine Tochter / meinen Sohn _____
Nachname, Vorname , Geburtsdatum

Anschrift

in oben aufgeführter Praxis psychotherapeutisch behandeln zu lassen.

Ort, Datum Unterschrift