

# IEMAND ANDERS MACTHIGEN

Wilt u dat iemand anders uw medicijnen of gegevens komt afhalen? Dan moet u hiervoor toestemming geven.

## HOE WERKT HET?

1. Bent u 16 jaar of ouder? Dan kunt u gebruik maken van deze machtiging.
2. Vul dit formulier volledig in. Het invullen kan digitaal. U kunt het daarna printen en ondertekenen.
3. Lever dit formulier in bij uw BENU Apotheek.
4. Haalt u als gemachtigde medicijnen of gegevens af voor een ander? Neem dan altijd een geldig legitimatiebewijs mee. Zonder geldig legitimatiebewijs kunnen wij de medicijnen of gegevens niet overhandigen.

## UW GEGEVENS

Voornaam en achternaam .....

Straatnaam en huisnummer .....

Postcode en woonplaats .....

Geboortedatum .....

Telefoonnummer .....

E-mail .....

## IK GEEF TOESTEMMING AAN (DE GEMACHTIGDE)

Voornaam en achternaam .....

Geboortedatum .....

## DUUR VAN MACTHIGING

- Eenmalige machtiging
- Doorlopende machtiging
- Machtiging van ..... tot .....

## IK GEEF TOESTEMMING VOOR HET AFHALEN VAN

- Medicijnen  Toedienlijst
- Medicijnoverzicht  Anders, namelijk .....

Ondergetekende geeft aan de informatie over 'Machtig een ander' gelezen te hebben. Uw toestemming gebruiken wij niet voor andere doeleinden. Wij verstrekken uw medicijnen of gegevens alleen aan de persoon die u gemachtigd heeft. U blijft zelf aanspreekpunt voor de farmaceutische zorgverlening. Toestemming intrekken? Dat kan altijd. Neem dan contact op met uw BENU Apotheek.

Plaats en datum ..... Handtekening .....

Plaats en datum ..... Handtekening gemachtigde .....

Dit formulier wordt uitsluitend gebruikt door apotheken:

- die onder BENU Apotheken B.V. (KvK 30166253) vallen.
- die zich presenteren onder de naam en uitstraling van BENU Apotheek en waarin BENU Nederland B.V. (KvK 30094693) een belang heeft.
- waarmee BENU Nederland B.V. (KvK 30094693) een partnerovereenkomst heeft gesloten.