



Vorsorgevollmacht

Meine persönlichen Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____

Geboren am: _____ Bürgerort: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Natel: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Für den Fall, dass ich aus gesundheitlichen Gründen (zum Beispiel wegen eines Schlaganfalls, wegen Altersdemenz) nicht mehr fähig bin, meine rechtlichen, persönlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, erteile ich nachstehend genannter Person die widerrufliche Vollmacht, mich rechtsgültig zu vertreten.

Diese Vollmacht tritt in Kraft, wenn ich selbst sie für anwendbar erkläre, weil ich mich nicht mehr zu den entsprechenden Entscheidungen fähig fühle, oder wenn durch ein fachärztliches Gutachten (medizinisches und/oder psychiatrisches) meine diesbezügliche Unfähigkeit bescheinigt worden ist.

Der/die von mir Bevollmächtigte soll eigenverantwortlich und unabhängig die seiner/ihrer Meinung nach zweckmässigen Entscheide treffen, doch soll er/sie dabei die Interessen meiner erbberechtigten Angehörigen mit in Betracht ziehen und diese übervorgesehene Entscheide rechtzeitig informieren.



Ich bevollmächtige hiermit im Sinne vorstehender Ausführung:

1. Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____
 Geboren am: _____ Bürgerort: _____
 Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
 Telefon: _____ Natel: _____
 E-Mail: _____ Fax: _____
 Datum: _____ Meine Unterschrift: _____

Mich nach den Bestimmungen dieser Vollmachtsurkunde zu vertreten. Für den Fall der Verhinderung des/der Bevollmächtigten benenne ich als Ersatzbevollmächtigte/r:

2. Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____
 Geboren am: _____ Bürgerort: _____
 Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
 Telefon: _____ Natel: _____
 E-Mail: _____ Fax: _____
 Datum: _____ Meine Unterschrift: _____

Ich bestätige, dass ich bereit bin, diese Bevollmächtigung anzunehmen und die Vollmacht so zu führen, wie in der Vollmachtsurkunde vorgesehen

1. Bevollmächtigter: Name: _____ Vorname: _____
 Datum: _____ Unterschrift: _____

2. Ersatz-Bevollmächtigter: Name: _____ Vorname: _____
 Datum: _____ Unterschrift: _____



POLITISCHE GEMEINDE
WARTAU

Betagtenheim Haus im Bongert

Poststrasse 52

9478 Azmoos

Tel. 081 750 20 90

Fax 081 750 20 95

beatrice.disch@wartau.ch