

Fullmakt

Jag _____ ger härmed fullmakt till
(patientens namn)

(ombudets namn)

med adress _____
(ombudets gatuadress)

(ombudets postnummer och ort)

(ombudets telefonnummer)

att företräda mig i mitt ärende hos patientnämnden och dess förvaltning samt att få ut och ta del av samtliga handlingar i ärendet.

Ort

Datum

Patientens namnteckning

Patientens personnummer

Namnförtydligande

Gatuadress

Postnummer och ort

