

FULLMAKT

Fullmaktsgivaren

Fullmäktige/Fullmaktstagaren

Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress/Ort	Postadress/Ort
Telefonnr	Telefonnr
Personnr	Personnr

Giltighetstid

Startdatum	Fr.o.m.
Slutdatum <i>Kryssa för önskat alternativ</i>	T.o.m.
	Gäller tills vidare, eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att i mitt namn och för min räkning:

[tydlig uppräknig önskas]¹

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Ort	Datum
Fullmaktsgivarens underskrift	

OBS! – Det ska inte ställas några krav på användning av blanketten –

¹ Om fullmakten avser patientjournaler, önskas förtydligande kring: tid, vårdenheter, uppgifternas art.