

Fullmakt

Jag _____ (fullmaktsgivarens namn) ger härmed fullmakt till _____ (ombudets namn) att företräda mig samt få ta del av samtliga handlingar i mitt ärende hos Tandea.

Ev tidsbegränsning för fullmakten _____

Ombudets personnummer och kontaktuppgifter:

_____ (personnummer)

_____ (gatuadress)

_____ (postnummer och ort)

_____ (telefon dagtid)

_____ Ort

_____ Datum

_____ Fullmaktsgivarens namn

_____ Fullmaktsgivarens personnummer

_____ Gatuadress

_____ Postnummer och ort

_____ Fullmaktsgivarens namnteckning

Fullmakten skickas per post till aktuell den aktuella kliniken. Adress finns på tandea.se