

Fullmakt ved søknad om helse- og omsorgstjenester

Jeg

Navn:	Fødselsnummer (11 siffer)
-------	---------------------------

- gir med dette

Navn	
Adresse	Telefon
Postnummer	Sted

- fullmakt til å handle på mine vegne i sak om:

Beskriv saken fullmakten gjelder:

- Fullmakten omfatter rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til innsyn i sakens dokumenter og informasjon.
- All kommunikasjon om saken skal skje til den som får fullmakten, men jeg ønsker kopi av brev og annen informasjon underveis.
- Fullmakten gjelder inntil jeg skriftlig tilbakekaller den.

Dato	Sted
Signatur:	