

FULLMAKT - HELSE- OG OMSORGSTENESTER

Opplysning om parten- den som har behov for helse- og omsorgstenester		
Fornavn:	Etternavn:	Født
Gjev med dette		
Navn på fullmektig:		
Adresse:		Telefon:
Fullmakt til å handle på mine vegne i sak om:		

Fullmakta omfattar rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til innsyn i dokumentasjon og informasjon i saka.

All kommunikasjon om saka skal skje til den som får fullmakta, men eg ynskjer kopi av brev og anna informasjon.

Fullmakta gjelder inntil eg trekkjer den attende.

Fullmakta gjeld til:

Dato: Underskrift av parten/som har behov for tenester
