

Fullmakt ved søknad om helse- og omsorgstjenester

Navn fullmaktsgiver	Fødselsnummer (11-siffer)/ D-nummer
Dato	Signatur

Jeg gir herved

Navn på fullmektig	Fødselsnummer (11-siffer)/ D-nummer
Adresse	
Postnummer	Sted
Telefon	E-post

Fullmakt til å handle på mine vegne i sak vedrørende

Beskriv saken fullmakten gjelder

Fullmakten omfatter rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til fritt innsyn i sakens dokumenter og informasjon. All kommunikasjon som gjelder saken skal skje via oppnevnte fullmektig, men jeg ønsker kopi av brev og annen informasjon underveis.

Fullmakten gjelder inntil saken er ferdigbehandlet eller at jeg skriftlig tilbakekaller denne fullmakten.

Legg ved kopi av fullmaktsgivers ID (pass/annen godkjent legitimasjon) hvor underskrift er synlig
--