



Fullmaktsskjema for helse- og omsorgstjenester og søknader

Den omsorgstrengende

Fødselsnummer

Fornavn

Etternavn

Jeg gir herved fullmakt til

Navn på fullmektig

Fødselsnummer

Adresse

Postnr og sted

E-post

Relasjon

å handle på mine vegne i saken som 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.

Dato og signatur

Dato

Signatur