

Fullmakt

Fullmaktsgivare

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer		

Fullmaktstagare

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Namnteckning	

Undertecknad fullmaktsgivare ger mitt angivna ombud rätt att företräda mig i angelägenheter som rör:

Bokning/avbokning av tider ☐

Receptförnyelse ☐

Begära ut journaler, så kallad journalrekvisition ☐

Alla kontakter med min vårdcentral ☐

Den här fullmakten gäller tillsvidare dvs tills jag själv återkallar den

Underskrift
Ort och datum
Namnförtydligande

För att lämna in en fullmakt ska du visa upp din egen giltiga legitimation samt fullmaktsgivarens legitimation.