# Fullmakt för Folktandvården, Region Norrbotten

**Fullmaktstagaren har rätt att:***Kryssa i ett eller flera alternativ*

* **Hämta uppgifter om bokade tider, boka, avboka och omboka tider hos Folktandvården, Region Norrbotten i mitt namn.**
* **Hämta uppgifter från journaler och intyg hos Folktandvården, Region Norrbotten i mitt namn.**

.......................................... .......................................... **Fullmaktsgivares namn Fullmaktstagaren namn**

.......................................... ..........................................

**Fullmaktsgivares personnummer Fullmaktstagarens personnummer**

.......................................... ..........................................

**Namnteckning fullmaktsgivare Namnteckning fullmaktstagare**

.......................................... ..........................................
**Ort, datum Ort, datum**