

Fullmakt

Jag _____ befullmäktigar
(Patientens namn)

härmed _____ med
(Fullmaktstagarens namn)

adressen _____
(Fullmaktstagarens gatuadress, postnummer och ort)

att företräda mig i kontakter med patientnämnden angående mitt ärende.

Ort och datum

Patientens namnteckning

Namnförtydligande

Gatuadress

Postnummer och ort

Undertecknad fullmakt lämnas i original till regionhusets reception eller skickas till:

Patientnämnden
Regionhuset
971 89 Luleå