

# Fullmakt

Jag

\_\_\_\_\_

(för- och efternamn, personnummer)

ger fullmakt till

\_\_\_\_\_

(för- och efternamn, personnummer)

att företräda mig i kontakter rörande mitt ärende vid patientnämnden i Region Norrbotten.

Fullmakt i original sänds i retur till fullmaktsgivaren.

\_\_\_\_\_

Ort och datum

\_\_\_\_\_

Fullmaktsgivarens namnteckning

\_\_\_\_\_

Fullmaktsgivarens namnförtydligande

\_\_\_\_\_

Gatuadress

\_\_\_\_\_

Postnummer och ort

Fullmakten skickas till:

Patientnämnden  
Regionhuset  
971 89 Luleå