

# Fullmakt

Jag \_\_\_\_\_ (fullmaktsgivarens namn) ger härmed fullmakt till \_\_\_\_\_ (ombudets namn) att företräda mig samt få ta del av samtliga handlingar i mitt ärende hos Södertälje sjukhus AB gällande:

\_\_\_\_\_

Ev tidsbegränsning för fullmakten \_\_\_\_\_

## Ombudets personnummer och kontaktuppgifter:

\_\_\_\_\_ (personnummer)

\_\_\_\_\_ (gatuadress)

\_\_\_\_\_ (postnummer och ort)

\_\_\_\_\_ (telefon dagtid)

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Fullmaktsgivarens namn

\_\_\_\_\_ Fullmaktsgivarens personnummer

\_\_\_\_\_ Gatuadress

\_\_\_\_\_ Postnummer och ort

\_\_\_\_\_ Fullmaktsgivarens namnteckning

**Fullmakten skickas till:** Södertälje Sjukhus AB, 152 86 Södertälje