

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 gällande:

Ev tidsbegränsning för fullmakten _____

Ombudets personnummer och kontaktuppgifter:

_____ (personnummer)

_____ (gatuadress)

_____ (postnummer och ort)

_____ (telefon)

Ort

Datum

Fullmaktsgivarens namn

Fullmaktsgivarens personnummer

Gatuadress

Postnummer och ort

Fullmaktsgivarens namnteckning

Fullmakten skickas till: Södertälje sjukhus, 152 86 Södertälje