

Fullmakt

Jag _____ (patientens namn) ger härmed fullmakt till _____ (ombudets namn) att företräda mig i mitt ärende hos Södertälje Sjukhus AB som skickades in _____ (datum) samt att få ta del av samtliga handlingar i ärendet.

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

Ombudets adress och telefonnummer:

_____ (gatuadress)

_____ (postnummer och ort)

_____ (telefon dagtid)

Ort

Datum

Patientens namn

Patientens personnummer

Gatuadress

Postnummer och ort

Fullmaktsgivarens (patientens) namnteckning

