

Fullmakt ved søknad om helse- og omsorgstenester Surnadal kommune

Eg

Navn:	Fødselsnummer (11 siffer)
-------	---------------------------

- gir med dette

Navn	
Adresse	Telefon
Postnummer	Sted

- fullmakt til å handle på mine vegne i sak om:

Beskriv saka fullmakten gjeld:

- Fullmakten omfattar rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til innsyn i saka sine dokument og informasjon.
- All kommunikasjon om saka skal skje til den som får fullmakten, men eg ønsker kopi av brev og anna informasjon undervegs.
- Fullmakten gjeld inntil eg skriftleg tilbakekallar den.

Dato	Stad
Signatur:	