

Fullmakt – gällande synpunkter och klagomål Liljeholmens vårdcentral/enhet

Härmed ger jag _____
(patientens namn)

fullmakt till _____
(ombudets namn)

med adress: _____
(ombudets adress)

(ombudets postnummer och ort)

(ombudets telefonnummer)

att företräda mig i mitt ärende hos Liljeholmens vårdenhet

Bifogat ärende

Ärende nummer

Diarienummer

samt att få ut och ta del av samtliga handlingar i aktuellt ärende.

Ort

Datum

Patientens namnteckning

Patientens personnummer

Namnförtydligande

Gatuadress

Postnummer och ort