**Fullmakt**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jeg, |  | | | fødsels- og personnummer | | , |
| gir med dette fullmakt til | | | | | | |
| (navn) | |  | | fødsels- og personnummer | | , |
| til å bistå meg i klagesak med saksnummer | | |  | | angående: | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Fullmakten gjelder inntil saken er avsluttet eller den skriftlig blir trukket tilbake. | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: |  |

|  |
| --- |
|  |
| signatur pasient |

**Slutt på Skjema**