**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**