

# Fullmakt ved søknad om helse-, og omsorgstjenester

Navn
------

Fødselsnummer
---------------

## Jeg gir herved

Navn på fullmektig	
Adresse	
Postnummer	Sted
Telefon	E-post

## Fullmakt til å handle på mine vegne i sak vedrørende

Beskriv saken fullmakten gjelder
----------------------------------

Fullmakten omfatter rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til fritt innsyn i sakens dokumenter og informasjon.

All kommunikasjon vedrørende saken skal skje via oppnevnte fullmektig, men jeg ønsker kopi av brev og annen informasjon underveis.

Fullmakten gjelder inntil saken er ferdigbehandlet eller at jeg skriftlig tilbakekaller denne fullmakten

Navn	
Sted	Dato
Signatur	