

Den här personliga fullmakten berättigar fullmaktstagaren att uträtta ärenden inom hälsovårdstjänsternas e-tjänster.

FULLMAKTSGIVARES UPPGIFTER

Fullmaktsgivarens personbeteckning
Fullmaktsgivarens släktnamn och förnamn

FULLMAKTSTAGARENS UPPGIFTER (FÖRETRÄDARE)

Fullmaktstagarens släktnamn och förnamn	
Fullmaktstagarens personbeteckning	Fullmaktstagarens telefonnummer

Fullmakten gäller tills vidare.

Fullmakten gäller till _____._____.

Datum	Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande
-------	---