

Skjema for fullmakt

Jeg gir følgende person fullmakt til å opptre på mine vegne vedrørende min søknad om helse- og omsorgstjenester fra Horten kommune, jfr. forvaltningslovens § 12.

Fullmektigens etternavn, fornavn (navnet på den du gir fullmakt)		
Fullmektigens adresse: (kontaktadresse)	Postnummer	Poststed /land
Telefon	Mobil	E-post

Opplysninger om deg som gir fullmakten (fullmaktsgiver):

Etternavn, fornavn	
Fødselsdato	
Sted og dato	Underskrift

Fullmakten innebærer at fullmektigen vil motta kopi av all korrespondanse i saken, og gis innsyn i sakens dokumenter, herunder helseopplysninger og økonomiske opplysninger. Fullmektigen avgjør alle spørsmål i sakens anledning.

Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake. Helse- og boligservice må få skriftlig beskjed om dette.

Legg ved kopi av fullmaktgivers ID (pass eller annen godkjent legitimasjon) hvor underskrift er synlig, i feltet under.

--