

Fullmakt for helsetjenester

Jeg gir følgende person fullmakt til å opptre på mine vegne vedrørende min søknad om helsetjenester 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 korrespondanse i saken, og gis innsyn i sakens dokumenter, herunder helseopplysninger. Fullmektigen avgjør alle spørsmål i sakens anledning.

For å sikre at fullmakten kun dekker de områdene du ønsker, vennligst spesifiser eventuelle begrensninger eller spesifikke oppgaver her:

--

Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake. Forvaltning og tjenesteutvikling i Horten kommune må få skriftlig beskjed om dette.

Fullmakten gjelder fra (dato):	Fullmakten gjelder til (dato):