

Skjema for fullmakt

Helse og omsorg

Eg gjev følgjande person/bedrift fullmakt til å opptre på mine vegne i samband med saka knytt til søknaden min om helse- og omsorgstenester/kommunale serviceytingar jf. forvaltningslova § 12.

Opplysningar om den som får fullmakt til å søkje på mine vegne (fullmektig)

A) Person FYLL UT MED BLOKKBOKSTAVER

Etternamn, fornamn* (Må fyllast ut)			
Fødselsnummer (11 siffer) / D-nummer* (Må fyllast ut)			
Fullmektig si adresse: (kontaktadresse)		Postnummer	Poststad / land
Telefon	Mobil	E-post* (Må fyllast ut)	

B) Bedrift FYLL UT MED BLOKKBOKSTAVER

Organisasjonsnummer* (Må fyllast ut)		
Bedriftsnamn * (Må fyllast ut)		
Telefon	Mobil	E-post* (Må fyllast ut)

Opplysningar om meg som gir fullmakt (fullmaktsgjevar) FYLL UT MED BLOKKBOKSTAVER

Etternamn, fornamn * (Må fyllast ut)	
Fødselsnummer (11 siffer) * (Må fyllast ut)	
Stad og dato	Underskrift * (Må fyllast ut)

Legg ved kopi av fullmaktsgjevar sin ID (pass eller anna godkjent legitimasjon) der underskrift er synlig, i feltet under.

--