

## Fuldmagt

Ønsker du, at give en anden tilladelse til at klage på dine vegne og stå for kontakten til Ankenævnet for Patienterstatningen, kan du udfylde denne fuldmagt og returnere den til os.

Du skal være opmærksom på, at du med fuldmagten giver en anden person lov til at se fortrolige oplysninger om dig, da personen vil få tilsendt det materiale, som vi bruger i sagsbehandlingen.

Du kan altid trække din fuldmagt tilbage ved at kontakte os.

### Mine oplysninger (den der giver fuldmagt):

|                |  |    |  |
|----------------|--|----|--|
| Mit fulde navn |  |    |  |
| Mit CPR-nr.    |  |    |  |
| Min adresse    |  |    |  |
| Postnummer     |  | By |  |
| Mit telefonnr. |  |    |  |

### Jeg giver hermed fuldmagt til:

|            |  |        |  |
|------------|--|--------|--|
| Fulde navn |  |        |  |
| CPR-nr.    |  |        |  |
| Adresse    |  |        |  |
| Postnummer |  | By     |  |
| Telefonnr. |  | E-mail |  |

Fuldmagten skal underskrives i hånden af den person, der giver fuldmagt til en anden. Fuldmagten skal sendes til os med post eller elektronisk.

Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt til at indgive klage til Ankenævnet for Patienterstatningen på mine vegne og til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.

Dato:

Underskrift:

