

FULLMAKT**Skötsel av en annan persons ärenden i systemet för servicesedlar och köptjänster**

Uppgifterna om den som sköter en annan persons ärenden sparas i systemet, och denna person loggar in i systemet med sina egna koder.

Jag befullmäktigar:**UPPGIFTER OM DEN BEFULLMÄKTIGADE**

Förnamn	Efternamn	Personbeteckning
E-postadress		Telefonnummer

att sköta ärenden för min räkning i det elektroniska systemet för servicesedlar och köptjänster.

Fullmakten gäller för alla de funktioner i systemet som även jag kan använda.

FULLMAKTENS GILTIGHETSTID

Fullmakten gäller tills vidare från och med _____.

ORT, DATUM, DEN BEFULLMÄKTIGADES UNDERSKRIFT OCH NAMNFÖRTYDLIGANDE

Genom min underskrift godkänner jag fullmakten och att mina uppgifter sparas i systemet.

Ort och datum	Den befullmäktigades underskrift och namnförtydligande
---------------	--

UPPGIFTER OM FULLMAKTSGIVAREN

Förnamn	Efternamn	Personbeteckning
---------	-----------	------------------

ORT, DATUM, FULLMAKTSGIVARENS UNDERSKRIFT OCH NAMNFÖRTYDLIGANDE

Jag är medveten om att jag när som helst kan återkalla fullmakten genom att skriftligen meddela den kommun som beviljat servicesedeln. Fullmakten återkallas till exempel när den befullmäktigade inte längre sköter klientens/patientens ärenden.

Ort och datum	Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande
---------------	---