

Fullmakt

Jag _____ personnummer _____
(Patientens namn)

ger härmed fullmakt till

Ombudets namn

Ombudets adress och telefon

att företräda mig i mitt ärende hos Patientnämnden.

Ort

Datum

Patientens namnteckning

Namnförtydligande

Patientnämnden i Jämtlands län

Box 654

831 27 Östersund