



# VANYLVEN KOMMUNE

## Fullmakt ved søknad om helse- og omsorgstenester

Eg

Namn	Fødselsnummer (11 siffer)
------	---------------------------

-gjev med dette

Namn	
Adresse	Telefon
Postnummer	Stad

-fullmakt til å handle på mine vegner i sak om:

Beskriv saka fullmakta gjeld:
-------------------------------

- Fullmakta gjeld rett til å ta i mot informasjon som er underlagt teieplikt, og rett til innsyn i saka sine dokument og informasjon.
- All kommunikasjon om saka skal skje til den som får fullmakta, men eg ynskjer kopi av brev og annan informasjon undervegs.
- Fullmakta gjeld til eg skriftleg tilbakekallar den.

Dato	Stad
Signatur	