

Fullmakt

Jag _____, personnummer
Patientens namn

ger härmed fullmakt till,

Ombudets namn

Ombudets adress och telefonnummer

att företräda mig i mitt ärende hos Patientnämnden.

Ort

Datum

Patientens namnteckning

Namnförtydligande

Postadress:

Patientnämnden i Jämtlands län
Box 654
831 27 Östersund