



Fullmakt för skötsel av skadeståndsärende

Med denna fullmakt kan en myndig person befullmäktiga en annan myndig person att uträtta ärenden åt hen i skadeståndsärenden i Vanda och Kervo välfärdsområde. Du observerar väl, att den befullmäktigade kan få omedelbara klient- och patientuppgifter till sin kännedom för behandling av ärendet.

Fullmakten ska bifogas till skadeståndsansökan.

Båda ska skickas med e-post till adressen kirjaamo@vakehyva.fi

eller med post till adressen Vanda och Kervo välfärdsområde, PB 1000, 01088 Vanda och Kervo välfärdsområde.

FULLMAKTSGIVARENS UPPGIFTER

Efternamn, förnamn

Personbeteckning

Telefonnummer

JAG UTSER FÖLJANDE PERSON TILL ATT UTRÄTTA ÄRENDEN ÅT MIG

Efternamn, förnamn

Personbeteckning

Telefonnummer

E-post

FULLMAKT OCH UNDERSKRIFT

Du observerar väl, att fullmakten är giltig endast i detta skadeståndsärende.

Jag är medveten om, att jag när jag vill kan upphäva fullmakten genom att meddela detta skriftligt till Vanda och Kervo välfärdsområdes registratur.

Plats och tid

Fullmaktsgivarens underskrift

Namnförtydligande