

# Fullmakt Omtanken vård

## Fullmaktsgivare

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer		

## Fullmaktstagare

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Namnteckning	

Undertecknad fullmaktsgivare ger mitt angivna ombud rätt att företräda mig i angelägenheter som rör:

- Bokning/avbokning av tider
- Receptförnyelse
- Begära ut journaler, så kallad journalrekvisition
- Alla kontakter med Omtanken Vård

Den här fullmakten gäller tillsvidare dvs tills jag själv återkallar den hos Omtanken vård

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande