ÅFJORD KOMMUNE

FULLMAKT
ved søknad om helse- og omsorgstjenester

Jeg	
Navn:	Fødselsnummer (11 siffer):

- gir med dette	
Navn:	Telefon:
Adresse:	Postnummer/sted:

- fullmakt til å handle på mine vegne når det gjelder:

- ☐ Fullmakten omfatter rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til innsyn i sakens dokumenter og informasjon.
- ☐ All kommunikasjon om saken skal skje til den som får fullmakten, men jeg ønsker kopi av brev og annen informasjon underveis.
- ☐ Fullmakten gjelder inntil jeg skriftlig tilbakekaller den.

Dato:	Sted:
Signatur:	

ÅFJORD KOMMUNE
Postboks 54
7169 Åfjord
Telefon 72 51 00 00
postmottak@afjord.kommune.no
afjord.kommune.no
Organisasjonsnummer 921 875 533