

FULLMAKTSGIVAREN

Namn	Efternamn	Personnummer
Adress	Telefon	E-mail

FULLMAKTSINNEHAVAREN

Namn	Efternamn	Personnummer
Adress	Telefon	E-mail

Fullmaktsgivaren ger härmed fullmaktsinnehavaren rätt att:

- företräda denne hos Patientsäkerhetshandläggare vid Karolinska Universitetssjukhuset.
- uttaga, kvittera eller i övrigt disponera över samtliga handlingar i ärenden som rör fullmaktsgivaren.
- uttaga, kvittera eller i övrigt disponera över sekretessbelagda handlingar såsom patientjournaler.

Fullmaktens giltighetstid

Fr.o.m. den

T.o.m. den

Fullmakten gäller i högst ett (1) år.

Fullmaktsgivarens underskrift

.....

Fullmaktsinnehavarens underskrift

.....

Ort och datum

Ort och datum