Patientnämnden

Fullmakt

- Gäller ditt ärende hos patientnämnden
- Är giltig fram tills vi avslutar ditt ärende
- Ger personen som du ger fullmakt rätt att företräda dig som patient i kontakten med oss och att ta del av all information i ärendet.

Du kan ta tillbaka fullmakten när du vill, kontakta oss om du inte längre vill ha ombud.

Obligatoriska fält är markerade med asterisk *.

Du som är patient

För- och efternamn*	Personnummer* (ÅÅMMDD-XXXX)	Mobiltelefon*
Adress*	Postnummer och ort*	

Ger fullmakt till

För- och efternamn*	Personnummer* (ÅÅMMDD-XXXX)	Mobiltelefon*
Adress*	Postnummer och ort*	

Underskrift av dig som är patient

Datum*	Underskrift*

För att kunna behandla ditt klagomål behöver vi registrera och lagra de personuppgifter du lämnar i blanketten.

Blanketten ska skrivas ut, undertecknas och postas i original till:
Patientnämndernas kansli
Östergatan 1
462 80 Vänersborg

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN