

## FULLMAKT

Fullmaktsgivare	
Verksamhetsnamn	
Gata	
Postnummer	Postort
Telefonnummer	

Fullmaktstagare		
<p><u>Maximal giltighetstid är 5 år, därefter behöver den förnyas.</u></p> <p>Fullmaktsgivaren underrättas inte när fullmakten upphör att gälla. Ansvar för att bevaka fullmaktens giltighetstid och ev förnya eller återta den ligger på fullmaktsgivaren.</p>		
Personnummer (ååmmdd-nnnn)	Förnamn	Efternamn
Tills vidare (5 år) från och med datum (åå-mm-dd)	Tidsbegränsad fr o m (åå-mm-dd) t o m (åå-mm-dd)	
Personnummer (ååmmdd-nnnn)	Förnamn	Efternamn
Tills vidare (5 år) från och med datum (åå-mm-dd)	Tidsbegränsad fr o m (åå-mm-dd) t o m (åå-mm-dd)	
Personnummer (ååmmdd-nnnn)	Förnamn	Efternamn
Tills vidare (5 år) från och med datum (åå-mm-dd)	Tidsbegränsad fr o m (åå-mm-dd) t o m (åå-mm-dd)	

Ansvarig chef (namn och vgr-id)	Telefonnummer
---------------------------------	---------------

Bifoga denna blankett i ett mejl till [caroline.jivefalk@vgregion.se](mailto:caroline.jivefalk@vgregion.se)