Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Fullmakt gällande synpunkter och klagomål

Härmed ger jag _____
(patientens namn)

fullmakt till _____
(ombudets namn)

med adress: _____
(ombudets gatuadress)

_____
(ombudets postnummer och ort)

_____
(ombudets telefonnummer dagtid)

att företräda mig i mitt ärende hos _____
(vårdverksamhetens namn)

_____	_____	_____
Bifogat ärende	Ärendenummer	Diarienummer

samt att få ut och ta del av samtliga handlingar i aktuellt ärende.

_____	_____
Ort	Datum
_____	_____
Patientens namnteckning	Patientens personnummer

_____
Namnförtydligande

_____
Gatuadress

_____
Postnummer och ort

Skriv ut, underteckna och skicka blanketten med post till vårdverksamheten. Vårdverksamhetens adress finns på deras webbplats.