

# Fullmakt

Jag \_\_\_\_\_ ger härmed fullmakt till

Patientens namn

\_\_\_\_\_  
Ombudets namn

med adress

\_\_\_\_\_  
Ombudets gatuadress

\_\_\_\_\_  
Ombudets postnummer och ort

\_\_\_\_\_  
Ombudets telefonnummer

## Patientens underskrift

att företräda mig i mitt ärende hos patientnämnden.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patientens namn

\_\_\_\_\_  
Patientens personnummer

\_\_\_\_\_  
Gatuadress

\_\_\_\_\_  
Postnummer och ort

\_\_\_\_\_  
Patientens namnunderskrift

Blanketten skickas till: **Patientnämndens förvaltning**  
**Handläggare: .....**  
**Region Blekinge**  
**371 81 Karlskrona**

..... **Patientnämnden**

Postadress: 371 81 Karlskrona. Besöksadress: Wämö Center. Telefon: 0455-73 10 90.

E-post: patientnamnden@regionblekinge.se Internet: www.regionblekinge.se Org nr: 232100-0081