

# Fullmakt synpunkter till patientnämnden

## 1. Fullmaktsgivare (patienten)

Namn		Personnummer
Postadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer, mobiltelefonnummer	E-post	

## 2. Fullmaktstagare (patientens ombud)

Namn		Relation till patienten
Postadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer, mobiltelefonnummer	E-post	

Jag ger ovanstående person fullmakt att företräda mig i ärende hos patientnämnden i Värmlands län.

Fullmakten är giltig tills ärendet avslutas eller tills jag själv återkallar fullmakten.

.....  
Ort, datum och namnunderskrift patient

Fullmakten skickas tillsammans med anmälan om synpunkter till:  
Patientnämnden  
Regionens Hus  
651 82 Karlstad

## Personuppgifter

För att patientnämnden ska kunna handlägga ditt ärende behöver patientnämndens handläggare registrera och lagra dina personuppgifter i en databas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Databasen är helt fristående från hälso- och sjukvårdens journaler och datasystem.

Vill du veta mera om hur vi hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter besök [regionvarmland.se/Om-Landstinget-i-Varmland/dataskyddsförordningen](http://regionvarmland.se/Om-Landstinget-i-Varmland/dataskyddsförordningen).