



Sogndal
kommune

Fullmakt – kommunale helse- og omsorgstenester

Eg (fullmaktsgivar)

Namn		Personnummer	
Adresse	Postnr.	Poststad	
Telefonnummer			

Eg gir personen under fullmakt til å representere meg

Namn på fullmaktsmottakar		Personnummer	
Adresse	Postnr.	Poststad	
Telefon	E-postadresse		

Fullmakta gjeld for følgjande tilfelle: (set kryss og fyll ut under)

Søknad om
**Fullmakta gjeld fram til sak/søknad er ferdig og endeleg avgjort.*

Generell fullmakt for saker som gjeld helse- og omsorgstenester frå Sogndal kommune, frå dato [.....] til og med [.....]
maksimalt 5 år

Eg er kjend med at:

- Det er frivillig å gi fullmakt til at andre personar kan representere meg.
- Fullmaktsmottakar vil bli kjent med teiepliktige opplysingar som er del av sak/saker som skal vurderast av kommunen.
- Eg kan når som helst trekkje tilbake fullmakta munnleg eller skriftleg ved å ta kontakt med tilsette i kommunen.

Underskrift fullmaktsgivar

Stad og dato:	Underskrift:
---------------	--------------