

Fullmakt

Namn fullmaktsgivare

Personnummer

Härmed ger jag fullmakt till

Person 1

Namn

Personnummer

Telefon

E-post

Person 2

Namn

Personnummer

Telefon

E-post

Att företräda mig i kontakter med Vård- och omsorgsförvaltningen,
Sundsvalls kommun i alla angelägenheter som angår mig.
Denna fullmakt gäller till dess den återkallas.

Datum

Underskrift fullmaktsgivare