

FULLMAKT DÖDSBO

Fullmakt för	Ärende
--------------	--------

Ovanstående är fullmäktig att hos Svenska Läkemedelsförsäkringen AB företräda dödsboet och i övrigt vidta de åtgärder som är nödvändiga i samband med anmälan om läkemedelsskada för:

Namn	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
------	------------------------------

Fullmakten innefattar även rätten att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar.

FULLMÄKTIG (OMBUD)

För- och efternamn	Telefon (inkl riktnummer)
Utdelningsadress (gata, box, e d)	Postnr och ort

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSHAVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum
Namnförtydligande	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)