

FULLMAKT OMBUD

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

Ovanstående är fullmäktig att hos Svenska Läkemedelsförsäkringen AB företräda mig och i övrigt vidta de åtgärder som är nödvändiga i samband med min (fullmaktshavarens) anmälan om läkemedelsskada i ärende enligt ovan.

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 (DEN SKADADE)	
Fullmaktshavarens underskrift	Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
Namnförtydligande	Ort och datum