

FULLMAKT DÖDSBO

Ärende

Fullmakt för nedanstående person att hos Svenska Läkemedelsförsäkringen AB företräda dödsboet och i övrigt vidta de åtgärder som är nödvändiga i samband med anmälan om läkemedelsskada i ärende enligt ovan för:

För- och efternamn (den avlidne)

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

Fullmakten innefattar även rätt att ta del av samtliga handlingar, t.ex. sjukjournaler, läkarintyg och registerhandlingar i ärendet.

FULLMÄKTIG (OMBUD)

För- och efternamn

Telefon (inkl riktnummer)

Utdelningsadress (gata, box, e d)

Postnr och ort

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Namnförtydligande

Personnummer (ååååmmdd-nnnn)

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

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

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

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

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

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

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

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

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

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

FULLMAKTSGIVARE (DÖDSBODELÄGARE)

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