

1. Uppgifter om fullmaktsgivaren

Personbeteckning Efternamn och förnamn

Telefonnummer

2. Uppgifter om fullmaktshavaren

Personbeteckning Efternamn och förnamn

Adress

Postnummer Postanstalt

Telefonnummer

3. Fullmakt

- Jag befullmäktigar ovan nämnda person att sköta alla mina förmånsärenden hos FPA.
- Jag befullmäktigar ovan nämnda person att sköta bara en viss förmån eller ett visst ärende hos FPA. Fullmakten gäller:

Fullmakten ger inte rätt att ändra kontonumret. Ändring av kontonumret kräver en separat fullmakt.

4. Uppgifter som kan lämnas ut

Till fullmaktshavaren får utlämnas följande sekretessbelagda uppgifter om det alternativ som valts i punkt 3

- förmåsuppgifter och andra uppgifter om ekonomisk ställning Ja Nej
- uppgifter om hälsotillståndet Ja Nej

Om sekretessbelagda uppgifter lämnas ut till någon annan än personen själv krävs samtycke uttryckligen för överlåtande av dessa uppgifter.

5. Fullmaktens giltighetstid

- Fullmakten gäller tills vidare.
- Fullmakten gäller till _____._____.

6. Underskrift

Datum Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande