

Denne fuldmagt kan benyttes, hvis du ønsker at give en anden tilladelse til at klage på dine vegne. Når du har givet fuldmagt, vil vi ikke længere skrive til dig, men til den person som har fået fuldmagt fra dig.

Du kan til enhver tid trække din fuldmagt tilbage ved at kontakte os.

Du skal underskrive denne fuldmagt i hånden og sende den til os i elektronisk form f.eks. ved at scanne den eller tage et billede af den.

Fuldmagt

Mit navn:	
Min adresse:	
Mit telefonnr.:	
Jeg giver hermed fuldmagt til:	
Navn:	
Adresse:	
Telefonnr.:	
Jeg giver hermed ovenstående person fuldmagt til på mine vegne at indgive klage til Ankenævnet for Patienterstatningen, og til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.	
Dato	Underskrift

Styrelsen for Patientsikkerhed
Sekretariatet for
Ankenævnet for
Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg
Dir. tlf. +45 7228 6744
Telefontid: 10:00-14:00

pob@patientombuddet.dk
www.stps.dk