



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 en hver tid trække din fuldmagt tilbage ved at kontakte os.

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

### Fuldmagt

Mit navn:	
Mit CPR.nr:	
Mit telefonnr.:	
Jeg giver hermed fuldmagt til:	
Navn:	
Adresse:	
Telefonnr.:	
<b>Jeg giver hermed ovenstående person fuldmagt til på mine vegne at klage til Styrelsen for Patientsikkerhed, og til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.</b>	
Dato	Min håndskrevne underskrift

Styrelsen for Patientsikkerhed  
Visitation og Sagkyndige  
Finsensvej 15  
2000 Frederiksberg  
Dir. tlf. +45 7228 6765  
Telefontid: 9:30-15:00

[stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)  
[www.stps.dk](http://www.stps.dk)