



FULDMAGT

til ansøgning om dansk autorisation når du er statsborger i og/eller uddannet uden for EU/EØS

Jeg

<u>Ansøgers navn</u>	<u>Ansøgers sagsnummer hos STPS</u>
<u>Ansøgers bopælsadresse</u>	
<u>Ansøgers e-mailadresse</u>	<u>Ansøgers telefonnummer</u>
<u>Ansøgers fødselsdato eller om muligt CPR - nummer</u>	

giver hermed fuldmagt til

<u>Fuldmagthavers navn</u>	
<u>Fuldmagthavers bopæls-/firmaadresse</u>	
<u>Fuldmagtshavers e-mailadresse</u>	<u>Fuldmagtshavers telefonnummer</u>
<u>Fuldmagthavers eventuelle CPR/CVR-nummer</u>	

til at repræsentere og varetage mine interesser i forbindelse med min ansøgning om dansk autorisation hos Styrelsen for Patientsikkerhed.

Så længe fuldmagten gælder, vil alle breve fra Styrelsen for Patientsikkerhed blive sendt til den person jeg giver fuldmagt til. Når vi træffer afgørelse om, hvorvidt din uddannelse er egnet til afprøvning eller når vi afslutter behandlingen af din sag sender vi afgørelsen til fuldmagtshaver med kopi til dig.

Jeg kan når som helst trække din fuldmagt tilbage ved at give besked til Styrelsen for Patientsikkerhed.

<u>Sted og dato</u>	<u>Ansøgers underskrift</u>
---------------------	-----------------------------

Du skal sende denne fuldmagt med original underskrift til Styrelsen for Patientsikkerhed:

Postadresse:
Islands Brygge 67,
2300 København S

eller indscannet pr. mail til:
aaes@stps.dk