

FULLMAKT OMBUD

Ärende

Fullmakt för nedanstående person att hos Svenska Läkemedelsförsäkringen AB företräda mig och i övrigt vidta de åtgärder som är nödvändiga i samband med min anmälan om läkemedelsskada i ärende enligt ovan. 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 (DEN SKADELIDANDE)

Fullmaktsgivarens underskrift	Personnummer (åååå-mm-dd-nnnn)
Namnförtydligande	Ort och datum