



Fuldmagt

Jeg

Navn: _____

Cpr-nummer: _____

giver hermed

Navn: _____

Cpr-nummer/cvr-nummer: _____

fuldmagt (lov og ret til at handle på mine vegne) vedrørende min sag/henvendelse til Region Hovedstadens Akutberedskab om:

Dato

Fuldmagts-givers underskrift (den der giver fuldmagten):

Fuldmagten udløber den*: _____

*Hvis der ikke er angivet en udløbsdato, udløber fuldmagten først når fuldmagts-giver giver besked herom til Akutberedskabet. Fuldmagts-giver kan til enhver tid tilbagekalde fuldmagten.