



FULLMAKT

Jag ger följande person fullmakt att företräda mig i kontakter med personal inom vård och omsorg vad gäller biståndshandläggning SoL och LSS och insatser i samband med hemtjänst, vård- och omsorgsboende/gruppboende.

Fullmakts-givare	Namn och adress	Personnummer
		Telefonnummer
		E-post
Fullmakts-havare	Namn och adress	Personnummer
		Telefonnummer
		E-post
Fullmakts-havare	Namn och adress	Personnummer
		Telefonnummer
		E-post
Fullmaktens giltighetstid	Fullmakten gäller från och med _____	
	Fullmakten gäller till och med _____	
	Fullmakten gäller tills vidare ☐	
Underskrift Fullmakts-givare	Datum _____ Fullmaktsgivarens namnteckning _____	
	Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevittnas	
Bevittning	Namnteckning	Namnteckning
	Namnförtydligande	Namnförtydligande
	Adress	Adress
	Telefonnummer	Telefonnummer
Skickas till	Avesta kommun Vård och omsorg Box 23 774 21 Avesta	