

Fullmakt att företräda annan i kontakten med Social- och äldreförvaltningen i Haninge kommun

Härmed ger undertecknad nedanstående person/personer fullmakt att företräda mig i alla angelägenheter som rör:

min ekonomi, avgifter Ja Nej

min person, ansökan om bistånd, Ja Nej

fullmakten innefattar också rätten
att företräda mig inom hälso- och sjukvårdsområdet. Ja Nej

Fullmaktstagarens namn	Personnummer
Fullmaktstagarens namn	Personnummer

Ort	Datum
Fullmaktsgivarens namnteckning	
Namnförtydligande	Personnummer

Undertecknande som personligen känner fullmaktsgivaren intygar härmed att denne undertecknat fullmakten samt att han eller hon har full insikt om fullmaktens innebörd.

Ort	Datum	Ort	Datum
Vittnets namnteckning		Vittnets namnteckning	

Fullmakten kan alltid återkallas på begäran av fullmaktsgivaren. Kontakta i så fall Social- och äldreförvaltningen.