

Fullmakt för patientnämnden

Den här blanketten är till för dig som vill att någon annan person ska vara din kontakt med patientnämndens kansli i Region Örebro län.

Texta tydligt och skriv med bläckpenna då blanketten skannas.

Blanketten skickas till Patientnämndens kansli, Box 1613, 701 16 Örebro.

Du som ger fullmakt

Namn	Personnummer	Telefonnummer
Adress	Postnummer	Ort

Personen som du ger fullmakten till

Namn	Personnummer	Telefonnummer
Adress	Postnummer	Ort

Jag ger jag ovanstående person fullmakt att företräda mig i ärende hos patientnämnden i Region Örebro län.

Fullmakten är giltig två år från och med nedanstående datum eller till dess att den återkallas.

Underskrift av dig som ger fullmakt, ort och datum
Namnförtydligande

Om behandling av personuppgifter

Patientnämnden behöver dina personuppgifter för att handlägga ditt ärende.

Vi hanterar dina personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR).

Ditt ärende omfattas av sekretess och alla på patientnämnden har tystnadsplikt.

På regionorebrolan.se finns mer information om behandling av personuppgifter i Region Örebro län.