



Vård- och omsorgsförvaltningen

Fullmakt

Fullmaktsgivare

Namn

Adress

Postnummer och ort

Personnummer

Telefonnummer

Fullmäktig 1

Namn

Adress

Postnummer och ort

Personnummer

Telefonnummer

Fullmäktig 2 (inte obligatorisk)

Namn

Adress

Postnummer och ort

Personnummer

Telefonnummer

Fullmakten avser att i mitt namn

vara postmottagare för avgiftsbeslut och faktura
få information om mina inkomstförhållanden och avgiftsbeslut
bevaka mina rättigheter och företräda mig i andra angelägenheter gentemot
Myndighetsfunktionen, Vård- och omsorgsförvaltningen i Lunds kommun

Fullmakten upphör att gälla när den återkallas, dock senast den

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum

Underskrift:

Namnförtydligande:

Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevitnas

Underskrift:

Namnförtydligande:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Fullmakten skickas till

Myndighetsfunktionen, Box 41, 221 00 Lund