



## FULLMAKT

### Fullmaktsgivare

Namn: .....

Personnummer: .....

Adress: .....

Postnummer/adress: .....

Telefonnummer: .....

### Fullmäktig (fullmaktstagare)

Namn: .....

Personnummer: .....

Adress: .....

Postnummer/adress: .....

Telefonnummer: .....

### Giltighetstid

From .....tillsvidare, eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att företräda mig i frågor som gäller service- och omvårdnadsinsatser inom äldreomsorgen i Vallentuna kommun.

Ort

Datum

.....

### Bevittnas

Namn:

Namn:

Tfn:

Tfn:

.....  
Underskrift

.....  
Underskrift

### SOCIALFÖRVALTNINGEN

186 86 VALLENTUNA  
BESÖK: TORGGATAN 11  
TFN: 08-587 850 00 · FAX: 08-587 854 03  
SF@VALLENTUNA.SE  
WWW.VALLENTUNA.SE

