



FULLMAKT

Fullmaktsgivare

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer/adress:

Telefonnummer:

Fullmäktig (fullmaktstagare)

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer/adress:

Telefonnummer:

Giltighetstid

Fromtillsvidare, 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

