

Fuldmagt

Undertegnede (fuldmagtsgiver):

Navn	CPR-nummer
Adresse	Telefonnummer
Postnummer og by	E-mail

Giver fuldmagt til (fuldmagtshaver):

Navn	CPR-nummer / CVR-nummer
Adresse	Telefonnummer
Postnummer og by	E-mail

Personen får med denne fuldmagt lov/ret til at tage sig af hele min sag hos Region Sjælland, Sundhedsstrategisk Planlægning, Sekretariatet for Behandling Udland.

Ovenstående person er min partsrepræsentant og handler nu på mine vegne.

Min sag handler om

Jeg ved, at al korrespondance fra Region Sjælland, Sundhedsstrategisk Planlægning, Sekretariatet for Behandling Udland fremover sker til min partsrepræsentant (fuldmagtshaver).

Fuldmagten bortfalder, når sagen er afsluttet. Jeg kan når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give skriftlig besked til Region Sjælland, Sundhedsstrategisk Planlægning, Sekretariatet for Behandling Udland.

Sted/dato

Fuldmagtsgivers underskrift

Du skal sende denne fuldmagt med original underskrift til:

Region Sjælland
Sundhedsstrategisk Planlægning
Sekretariatet for Behandling Udland
Alléen 15
4180 Sorø

E-Boks

Send med sikker e-mail ved at logge på med NemID via borger.dk eller e-Boks.

Vælg *Region Sjælland -> Administration - Regionshuset -> SSP -> Behandling i udlandet* som modtager.