



Fuldmagt til partsrepræsentation

Undertegnede (fuldmagtsgiver):	
Navn:	Tlf.nr.
Adresse:	E-mail:
Postnummer:	Cpr-nummer:
By:	
giver fuldmagt til (fuldmagtshaver):	
Navn:	Tlf.nr.
Adresse:	E-mail:
Postnummer:	CPR/CVR-nummer:
By:	

Personen får med denne fuldmagt ret til at tage sig af hele min sag i Sundhed og Ældre
vedr.: _____

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

Jeg ved, at al korrespondance fra Sundhed og Ældre fremover sker til min partsrepræsentant (fuldmagtshaver).

Fuldmagten bortfalder, når Sundhed og Ældre har afsluttet denne sag, eller hvis jeg trækker fuldmagten tilbage. Jeg kan når som helst trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Sundhed og Ældre. Fuldmagten ophører ved min død.

Fuldmagten giver mulighed for fx at ansøge, klage og generelt at udveksle oplysninger med kommunen. Det er en forudsætning for fuldmagten, at fuldmagtsgiveren er i stand til at give fuldmagt.

Fuldmagten giver dog ikke fuldmagtshaveren ret til at handle i alle tilfælde, fx ikke hvis der er behov for at gennemføre flytning uden samtykke eller hvis der skal afgives informeret samtykke til behandling.

Underskrift	
Dato	Underskrift

Fuldmagten træder i kraft, når Sundhed og Ældre modtager fuldmagten udfyldt og underskrevet.

Fuldmagten kan sendes elektronisk via sikker post. Dette kan gøres via digital post på borger.dk.

Fuldmagten kan også sendes til vores postadresse: Sundhed og Ældre, Nyborg Kommune, Torvet 1, 5800 Nyborg.