



## Skjema for fullmakt

Jeg gir følgende person/bedrift fullmakt til å opptre på mine vegne vedrørende min sak knyttet til min søknad om helse- og omsorgstjenester/kommunale serviceytelser jfr. forvaltningslovens § 12.

### Opplysninger om den som får fullmakt (fullmektig)

#### A) Person FYLL UT MED BLOKKBOKSTAVER

Etternavn, fornavn* (Må fylles ut)			
Fødselsnummer (11 siffer)/ D-nummer * (Må fylles ut)			
Fullmektigens adresse: (kontaktadresse)		Postnummer	Poststed /land
Telefon	Mobil	E-post* (Må fylle ut)	

#### B) Bedrift FYLL UT MED BLOKKBOKSTAVER

Organisasjonsnummer * (Må fylles ut)		
Bedriftsnavn * (Må fylles ut)		
Telefon	Mobil	E-post* (Må fylles ut)

### Opplysninger om deg som gir fullmakten (fullmaktsgiver):

Etternavn, fornavn * (MÅ FYLLES UT MED BLOKKBOKSTAVER)	
Fødselsnummer (11 siffer) * (Må fylles ut)	
Sted og dato	Underskrift (Må føres på)