

Fullmakt synpunkter till patientnämnden

1. Fullmaktsgivare (patienten)

Namn		Personnummer
Postadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer, mobiltelefonnummer	E-post	

2. Fullmaktstagare (patientens ombud)

Namn		Relation till patienten
Postadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer, mobiltelefonnummer	E-post	

Jag ger ovanstående person fullmakt att företräda mig i ärende hos patientnämnden i Värmlands län.

Fullmakten är giltig tills ärendet avslutas eller tills jag själv återkallar fullmakten.

.....
Ort, datum och namnunderskrift patient

Fullmakten skickas tillsammans med anmälan om synpunkter till:
Patientnämnden
Regionens hus
651 82 Karlstad

Personuppgifter

För att patientnämnden ska kunna handlägga ditt ärende behöver patientnämndens handläggare registrera och lagra dina personuppgifter i en databas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Databasen är helt fristående från hälso- och sjukvårdens journaler och datasystem.

Vill du veta mera om hur vi hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter besök regionvarmland.se/personuppgifter.