



FULDMAGT

Jeg (fuldmagtsgiver):

Navn:	CPR:
Adresse:	By/Postnummer:
Telefon:	E-mail:

giver fuldmagt til (fuldmagtshaver):

Navn:	CPR:
Adresse:	By/Postnummer:
Telefon:	E-mail:

Fuldmagtshaver får med denne fuldmagt ret til at tage sig af min klagesag dateret ___ / ___ 20___
om hos Sundhedsvæsenet/Landslægen. Fuldmagtshaver er min partsrepræsentant og handler på mine vegne.

Dato: _____ **Underskrift:** _____

Sendes til:

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse – Sundhedsledelsen: sundhedsledelsen@peqqik.gl Box 1001 3900 Nuuk.

Eller

Landslægeembedet: nun@nanoq.gl eller Postbox 120, 3900 Nuuk

Fuldmagten bortfalder, når din sag er afsluttet. Men du kan på ethvert tidspunkt selv trække fuldmagten tilbage ved at give skriftlig besked til Sundhedsledelsen/Landslægeembedet.

