

Ifylld blankett skickas till:
Patientnämnden
Region Östergötland
581 85 Linköping

1. Fullmaktsgivare (patienten)

NAMN		PERSONNUMMER	
ADRESS	POSTNUMMER	ORT	

2. Fullmaktstagare (patientens ombud)

NAMN		PERSONNUMMER	
ADRESS	POSTNUMMER	ORT	

Härmed ger jag ovanstående person fullmakt att företräda mig i ärende hos Patientnämnden i Region Östergötland. Fullmakten är giltig i sex månader från och med nedanstående datum eller tills den återkallas.

(NAMNUNDERSKRIFT PATIENTEN)

(ORT OCH DATUM)

Om behandlingen av personuppgifter

För att Patientnämnden på bästa sätt ska kunna handlägga ditt ärende behöver Patientnämnden behandla (t ex registrera och lagra) de personuppgifter som du lämnar i din skrivelse. Din skrivelse kan komma att skickas över för yttrande till berörd vårdgivare. Sekretess gäller såväl inom vården som inom Patientnämnden.