

Hälsovårdsservicen

___ / ___ 20___
Inlämnats till hälsoserviceenheten

Jag ger härmed

Fullmaktsgivare

Personbeteckning

Fullmaktshavare

Personbeteckning

fullmakt att sköta mina social- och hälsovårdsärenden på Åbo stads hälsostationer och hälsoserviceenheter.

Ort och tid

___ / ___ 20___

Fullmaktsgivarens underskrift

Namnförtydligande

Fullmaktshavaren har inte med stöd av denna fullmakt rätt att begära att få se de anteckningar om fullmaktsgivaren som införts i journalhandlingarna.

Lämna in den ifyllda fullmakten på kansliet vid en hälsostation eller närserviceenhet. Ta med ett fotoförsett identitetskort eller ditt pass.

Om fullmaktshavaren lämnar in fullmakten för fullmaktsgivarens räkning, ska fullmakten undertecknas av två myndiga, ojäviga vittnen.

Vi intygar att _____ i vår samtida närvaro av egen fri vilja har undertecknat fullmakten och har förstått ärendets betydelse.
Fullmaktsgivarens namn

Ort och tid

___ / ___ 20___

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande