



Vård- och omsorgsförvaltningen
Myndighetsfunktionen
Box 41
221 00 Lund

Fullmakt

Fullmaktsgivare

Namn		Telefonnummer
Adress		Personnummer
Postnummer	Ort	

Fullmäktig 1

Namn		Telefonnummer
Adress		Personnummer
Postnummer	Ort	

Fullmäktig 2 (ej obligatorisk)

Namn		Telefonnummer
Adress		Personnummer
Postnummer	Ort	

Fullmakten avser

Befullmäktigar härmed att i mitt namn:

- vara postmottagare för avgiftsbeslut och faktura
- få information om mina inkomstförhållanden och avgiftsbeslut.
- bevaka mina rättigheter och företräda mig i andra angelägenheter gentemot Myndighetsfunktionen, Vård- och omsorgsförvaltningen, Lunds kommun.

Fullmakten upphör att gälla när den återkallas, dock senast den

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevitnas

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande