Fuldmagt:

Jeg \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giver hermed min tillidsvalgt fuldmagt til at foretage følgende behandling om mig\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /eller modtage følgende oplysninger \_\_\_\_\_\_\_\_\_ om mig, til brug for\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Underskrift