

1. Uppgifter om fullmaktsgivaren

Personbeteckning Efternamn och alla förnamn

Telefonnummer

2. Uppgifter om fullmaktshavaren

Personbeteckning Efternamn och alla förnamn

Adress

Postnummer Postanstalt

Telefonnummer

3. Fullmaktens innehåll

Välj ett av alternativen och kryssa för det alternativ som du har valt.

Fullmaktshavaren får sköta alla mina förmånsärenden hos FPA (t.ex. ansöka om förmåner, lämna in tilläggsutredningar, samtycka till rättelse av beslut, meddela förändringar).

Fullmaktshavaren får endast sköta mina förmånsärenden hos FPA som gäller

_____ (skriv in namnet på förmånen).

Jag samtycker till att fullmaktshavaren för att sköta sitt uppdrag har rätt att få tillgång till sådana nödvändiga sekretessbelagda uppgifter om mig som finns hos FPA och som ansluter sig till en förmån (t.ex. förmåsuppgifter, uppgifter om min ekonomiska ställning och mitt hälsotillstånd).

Denna fullmakt får inte användas för att ändra det kontonummer till vilket min förmån betalas.

4. Fullmaktens giltighetstid

Fullmakten gäller tills vidare.

Fullmakten gäller till _____

5. Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum Underskrift och namnförtydligande