

Fullmakt i klagomålsärende

Jag ger härmed fullmakt till:
Patientens namn

.....
Ombudets namn

med adress
Ombudets gatuadress

.....
Ombudets postnummer och ort

.....
Ombudets telefonnummer

att företräda mig i mitt klagomålsärende på Psykiatri Södra Stockholm samt att få ta ut och ta del av samtliga handlingar i ärendet.

Ort:

Datum:

.....
Patientens namnteckning

.....
Patientens personnummer

.....
Namnförtydligande

.....
Gatuadress

.....
Postnummer och ort