



Skadebeteckning

Inkommen

JAG BEFULLMÄKTIGAR

Den befullmäktigades efternamn och förnamn

Personbeteckning

Utdelningsadress

Postnummer och -anstalt

Telefon dagtid (även rikstnummer)

Elektronisk post

ATT FÖR MIN DEL SKÖTA LÄKEMEDELSSKADEÄRENDET

Skadebeteckning (ifall känd)

Ersättningarna som beviljas från läkemedelskadeförsäkringen betalas (välj ett alternativ)

till den befullmäktigades konto till patientens eller annan ersättningssökandes konto

till intressebevakarens (vårdnadshavarens eller förmyndarens) konto
(då den ersättningssökande är mindreårig eller annans omyndig)

Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form)

Kontoinnehavare

PLATS, DATUM OCH FULLMAKTSGIVARENS UNDERSKRIFT

Plats och datum

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande

VITTNEN

1. vittnets underskrift

2. vittnets underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande