Fullmakt

Genom att fylla i och underteckna detta formulär ger nedan angiven fullmaktsgivare fullmakt till nedanstående angiven fullmaktstagare att företräda fullmaktsgivaren i de delar som har markerats nedan medkryssa i en eller flera av rutorna.

**Fullmakten ger fullmaktstagaren rätt att gentemot debiteringsgruppen för vård- och omsorg, Örebro kommun:**

* Verka som fakturamottagare för fullmaktsgivaren
* Retroaktivt begära ut avgiftsbeslut och övriga dokument kopplade till avgiftshandläggningen för vård- och omsorg i Örebro kommun avseende fullmaktsgivaren
* I samtliga frågor självständigt företräda och med laga verkan underteckna samtliga dokument i fullmaktsgivarens ställe
* Fullmakten begränsas till att inte gälla:

**Fullmaktens giltighet:**

* Fullmakten gäller tillsvidare
* Fullmakten gäller till och med \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fullmakten återkallas:**

* Fullmakten återkallas, fyll i nedan

|  |
| --- |
| Underskrift och datum |
| Namnförtydligande |
| Personnummer |

|  |
| --- |
| Underskrift och datum |
| Namnförtydligande |
| Personnummer |
| Adress |
| Postadress |
| Telefon |

**Fullmaktsgivare:**

|  |
| --- |
| Underskrift och datum |
| Namnförtydligande |
| Personnummer |
| Adress |
| Postadress |
| Telefon |

**Fullmaktstagare:**

**Bevittnas:**

|  |
| --- |
| Underskrift och datum |
| Namnförtydligande |
| Personnummer |
| Telefon |

**Skicka fullmakten och eventuella andra handlingar till:**

Örebro kommun, Debiteringen, Box 34 300, 701 35 Örebro