

Fuldmagt til at få telefoniske oplysninger om sagen

Sagsnummer:

Undertegnede:

Telefon nr.: _____

E-mail adresse: _____

CPR/CVR-nr.: _____

giver hermed:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./by: _____

Telefon nr.: _____

E-mail adresse: _____

CPR/CVR-nr.: _____

fuldmagt til at få alle oplysninger om min sag i Patienterstatningen.

Dato

Underskrift