

Fuldmagt til partsrepræsentant

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 anmelde skaden og varetage mine interesser i erstatningssagen i Patient- erstatningen. Alle breve vil blive sendt til partsrepræsentanten.	
Dato	Underskrift

*skal udfyldes af hensyn til entydig identifikation.