

FULLMAKT FÖR AVGIFTER

Jag ger följande person fullmakt att företräda mig i kontakter med avgiftshandläggare inom vård och omsorg vad gäller avgiftshantering.

Fullmakt ges till;

Personnummer: _____ Namn: _____

Adress: _____ Postadress: _____

Telefon: _____

Fullmakten gäller för;

Personnummer: _____ Namn: _____

Adress: _____ Postadress: _____

Telefon: _____

Avesta den /

Namnteckning

Namnförtydliganden

Namnteckningen bevittnas;

Namn:

Namn:

Adress:

Adress:

Telefonnummer:

Telefonnummer:

Skickas till; Vård och omsorg, Box 23, 774 21 Avesta

Information med anledning av personuppgiftslagen

För Din information vill vi meddela att Dina personuppgifter används för att kunna administrera Din avgift inom vård och omsorg. Avesta kommun, Omsorgsstyrelsen behandlar blankettens personuppgifter med hjälp av IT. Om Du vill ha ytterligare information

om hur Dina personuppgifter behandlas är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till:
Avesta kommun, Omsorgsstyrelsen, 774 81 Avesta.