



FULLMAKT FÖR AVGIFTER

Vård&Omsorg

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 _____ E-post _____

Fullmakten gäller för:

Personnummer _____ Namn _____

Adress _____ Postadress _____

Telefon _____ E-post _____

Avesta den /

Namnteckning

Namnförtydliganden

Namnteckningen bevittnas:

Namn:

Namn:

Adress:

Adress:

Telefonnummer:

Telefonnummer:

Skickas till; Avesta kommun, 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.