

Fullmakt

Jag ger härmed fullmakt till _____ (ombudets namn)
att företräda mig i mitt ärende hos patientnämnden.

Ombudets uppgifter

| | | |
|------------|-----|---------------|
| Adress | | |
| Postnummer | Ort | Telefonnummer |
| Epost | | |

Mina uppgifter

| | | |
|--------|--------------|---------------|
| Namn | Personnummer | Telefonnummer |
| Adress | Postnummer | Ort |
| Epost | | |

Namnunderskrift

Datum

Vi kommer att behandla dina personuppgifter

Dessa kan vara namn, kontaktuppgifter och uppgifter om hälso- och sjukvård. Uppgifterna behöver vi för att kunna handlägga ditt ärende. Den lagliga grunden för behandlingen enligt dataskyddsförordningen (GDPR) är allmänt intresse eller för att fullgöra en rättslig förpliktelse. Uppgifterna sparas för all framtid. På Region Skånes hemsida finns mer information om behandling av personuppgifter. Länken hittar du även [här](#).

Skicka fullmakten till:
Patientnämnden Skåne
291 89 Kristianstad

Vill du veta mer?
0770-11 00 10
www.skane.se/patientnamnden