

Fullmakt

Vårdnadshavare till barn

Du som är vårdnadshavare kan låta en annan person företräda dig i egenskap av vårdnadshavare för ditt barn. Undertecknad ger härmed nedanstående person fullmakt att för min räkning gällande mitt barn på valfri Svea Vaccin mottagning:

- * Hämta en översikt över mitt barns vaccinationer från Svea Vaccins journal
- * Lämna information över mitt barns vaccinationer till Svea Vaccins journal
- * Skapa en journal för mitt barn i Svea Vaccins system
- * Vaccinera mitt barn

Lämna fullmakten till valfri Svea Vaccin mottagning. Ta med legitimation. Fullmaktsgivarens (vårdnadshavare) legitimation (kopia) uppvisas vid inlämnande av fullmaktsblanketten.

Fullmakt ska gälla för mitt/mina barn (OBS! Stryk över rader om de inte fylls i)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
För- och efternamn	Personnummer ååååmmdd-nnnn	*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
För- och efternamn	Personnummer ååååmmdd-nnnn	*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
För- och efternamn	Personnummer ååååmmdd-nnnn	*

Giltighet (Kryssa endast ett alternativ)

Tills vidare

Till och med datum

Fullmakten gäller tills den återkallas dock längst till barnets 18 årsdag

Fullmaktsgivare

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
För- och efternamn	Personnummer ååååmmdd-nnnn	*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
För- och efternamn	Personnummer ååååmmdd-nnnn	*

* Svea Vaccin kryssar: Legitimation kontrollerad.

Underskrift (Fullmaktsgivare)

Jag har läst informationen i denna fullmaktsblankett och godkänner de åtgärder som fullmaktstagaren inom sin behörighet vidtar för min räkning.

Namnteckning	Ort och datum	Namnförtydligande
.....

Namnteckning	Ort och datum	Namnförtydligande
.....

Underskrift (Fullmaktstagare)

Namnteckning	Ort och datum	Namnförtydligande
.....