



VESTNES KOMMUNE

Rådhuset
6390 Vesnes

FULLMAKT

KONFIDENSIELT
Unnateke offentlegheit
Offl. §13 jf. Fvl. §13

FULLMAKT VEDKOMANDE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER

Opplysningar om fullmaktsgivar- den som gir fullmakta	
Namn:	Fødselsnummer:
Adresse:	Telefonnummer:

Opplysningar om fullmektig- den som gis fullmakt	
Navn:	Fødselsnummer:
Adresse:	Telefonnummer:

Opplysningar om fullmakta	
Gjeld fullmakta for ei avgrensa periode? Kryss av enten <input type="checkbox"/> JA eller <input type="checkbox"/> Nei	<u>Dersom JA</u> , angi periode: FOM: _____ TOM: _____
Gjeld fullmakta for avgrensa informasjon? Kryss av enten <input type="checkbox"/> JA eller <input type="checkbox"/> NEi	<u>Dersom JA</u> , angi kva informasjon som <u>ikkje</u> kan gis:

Underskrift frå den som gir fullmakta	
Stad og dato:	Underskrift: