

Fuldmagt til partsrepræsentant

Sagsnummer:

Klik her for at udfylde fuldmagten digitalt:

Undertegnede:	_____
Telefon nr.:	_____
E-mail adresse:	_____
CPR-nr.:*	_____
giver hermed:	
Navn:	_____
Adresse:	_____
Postnr./by:	_____
Telefon nr.:	_____
E-mail adresse:	_____
CPR-/CVR-nr.:*	_____
fuldmagt til at søge erstatning vedrørende:	
Patientens navn*:	_____
Patientens CPR-nr.*:	_____
og varetage mine interesser i erstatningssagen i Patienterstatningen. Alle breve vil blive sendt til partsrepræsentanten.	
_____	_____
Dato	Underskrift

*skal udfyldes af hensyn til entydig identifikation.