

FULLMAKT VID DÖDSFALL

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen
Östersjögatan 11-13, 00180 Helsingfors
Telefon 040 450 4640, Fax 040 450 4694
www.lvp.fi



Läkemedels
skade
Försäkrings
poolen

Jag befullmäktigar

Den befullmächtigades uppgifter	Den befullmächtigades namn	
	Utdelningsadress	
	Postnummer	Postanstalt
	Telefon dagtid (även riktnummer)	

att sköta det läkemedelsskadeärendet som berör

**Den avlidnes
namn** _____ S

dödsbo samt att söka och lyfta ersättningar som betalas på grund av skadan.

Skadebeteckning (ifall känd) LV - - -

Ersättningarna som beviljas från läkemedelsskadeförsäkringen betalas till kontot

Kontonummer (i IBAN-form)	Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form, 18 tecken) <input type="text"/>
--------------------------------------	---

Plats och datum

Fullmakts- givarens underskrift	<hr/>
	Fullmaktsgivarens underskrift
	<hr/>
	Namnförtydligande

Vittnen	
Vittnets underskrift	Vittnets underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande