



Jag befullmäktigar

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

att för min del sköta läkemedelsskadeärendet.

Skadebeteckning (ifall känd)	LV - - -
-------------------------------------	---

Ersättningarna som beviljas från läkemedelsskadeförsäkringen betalas (välj ett alternativ)

Betalning av ersättningar	☐ till den befullmäktigades konto ☐ till patientens eller annan ersättningssökandes konto
	☐ till intressebevakarens (vårdnadshavarens eller förmyndarens) konto (då den ersättningssökande är minderårig eller annars omyndig)

Kontonummer (i IBAN-form)	Bankkonto till vilket ersättningarna betalas (i IBAN-form, 18 tecken)
----------------------------------	---

Plats och datum	 _____ . _____ . _____
------------------------	-------------------------------

Fullmakts-givarens underskrift	 _____	
	Fullmaktsgivarens underskrift	
	_____ Namnförtydligande	

Vittnen	 _____	
	Vittnets underskrift	Vittnets underskrift
	_____ Namnförtydligande	
	Namnförtydligande	Namnförtydligande