

Fuldmagt

Afdødes navn:	
Der gives hermed fuldmagt til:	
Navn:	
Adresse:	
Telefonnr.:	
Han/hun har hermed fuldmagt til på vegne af boet efter	
at indgive eller videreføre klage til	
og til at varetage boets interesser i forbindelse med sagens behandling.	
Dato	Underskrift
Skifteretsattesten skal sendes til Ankenævnet for Patienterstatningen, så snart den er modtaget.	

Dato:
Sagsnr.: /EC
Sagsbeh.:

Styrelsen for Patientklager
Sekretariatet for
Ankenævnet for
Patienterstatningen
Olof Palmes Allé 18 H
8200 Aarhus N
Dir. tlf. +45 7233 0740
Telefontid: 10:00-14:00
CVR-nr.: 39 85 08 85

stpk@stpk.dk
www.stpk.dk

Denne fuldmagt kan benyttes, hvis den afdødes arvinger ønsker at give en anden tilladelse til at klage. Når der er givet fuldmagt, vil vi fremover kun skrive til den person, som har fået fuldmagt.

Fuldmagten kan til enhver tid trækkes tilbage ved at kontakte os.

Fuldmagten skal underskrives i hånden af den eller de personer, der er anført på skifteretsattesten, eller af den person der har skiftefuldmagt.

Derefter skal den sendes til os, gerne i elektronisk form f.eks. ved at scanne den eller tage et billede af den.