

Återkallelse av fullmakt

Återkallelse av fullmakt för uträttande av ärenden för en annan person

Fullmaktsgivarens uppgifter

Förnamn och efternamn

Personbeteckning

Fullmaktshavarens uppgifter

Förnamn och efternamn

Personbeteckning

Adress

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer

Jag (fullmaktsgivaren) återkallar fullmakten, som jag har gett den

____/____20____

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Mottagning av fullmakten

Mottagaren av fullmakten/enheten fyller i

Ort och datum

Mottagare av fullmakt (namn)

Mottagare av fullmakt (enhet)

Fullmakten arkiveras i patientregistret enligt Mehiläinens anvisningar.

23.3.2021