

## Fullmakt

Genom att fylla i och underteckna detta formulär ger nedan angiven fullmaktsgivare fullmakt till nedanstående angiven fullmaktstagare att företräda fullmaktsgivaren i de delar som har markerats nedan medkryssa i en eller flera av rutorna.

### Fullmakten ger fullmaktstagaren rätt att gentemot debiteringsgruppen för vård- och omsorg, Örebro kommun:

- Verka som fakturamottagare för fullmaktsgivaren
- Retroaktivt begära ut avgiftsbeslut och övriga dokument kopplade till avgiftshandläggningen för vård- och omsorg i Örebro kommun avseende fullmaktsgivaren
- I samtliga frågor självständigt företräda och med laga verkan underteckna samtliga dokument i fullmaktsgivarens ställe
- Fullmakten begränsas till att inte gälla: \_\_\_\_\_

### Fullmaktens giltighet:

- Fullmakten gäller tillsvidare
- Fullmakten gäller till och med \_\_\_\_\_

### Fullmakten återkallas:

- Fullmakten återkallas, fyll i nedan

Underskrift och datum
Namnförtydligande
Personnummer

**Fullmaktsgivare:**

Underskrift och datum
Namnförtydligande
Personnummer
Adress
Postadress
Telefon

**Fullmaktstagare:**

Underskrift och datum
Namnförtydligande
Personnummer
Adress
Postadress
Telefon

**Bevittnas:**

Underskrift och datum
Namnförtydligande
Personnummer
Telefon

**Skicka fullmakten och eventuella andra handlingar till:**  
Örebro kommun, Debiteringen, Box 34 300, 701 35 Örebro