



FOLK
TAND
VÅRDEN
SKÅNE

Fullmakt för ändring av annans tid hos Folktandvården Skåne

Härmed ger jag mitt ombud

.....
Ombudets namn

.....
Ombudets personnummer

rätt att boka, avboka och omboka tider för behandling hos Folktandvården Skåne i mitt namn.

.....
Fullmaktsgivares namn

.....
Fullmaktsgivares personnummer

.....
Ort, datum

.....
Ort, datum

.....
Namnteckning fullmaktsgivare

.....
Namnteckning ombud