

Fullmakt

Med denna fullmakt kan du befullmäktiga en annan person att sköta läkemedelsskadeärendet och återkalla en tidigare fullmakt.

Befullmäktigande

Jag befullmäktigar den nedan nämnda personen att för min del sköta läkemedelsskadeärendet.

Detaljer av den befullmäktigade

Befullmäktigades namn

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Telefonnummer

E-postadress

Skadebeteckning (ifall känd)

Utbetalning av ersättning

Ersättningarna som beviljas från läkemedelsskadeförsäkringen betalas (välj ett alternativ)

till den befullmäktigades konto

till patientens eller annan ersättningssökandes konto

till intressebevakarens (vårdnadshavarens eller förmyndarens) konto (då den ersättningssökande är minderårig eller annars omyndig).

Bankkonto- och kontoinnehavareinformation

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

Kontoinnehavarens namn

Att upphöra fullmakten

Fullmakten upphör att gälla när du skickar ett meddelande till Läkemedelsskadeförsäkringspoolen.

Jag vill återkalla en tidigare fullmakt.

Den befullmäktigades namn

Datum och fullmaktsgivarens underskrift

Plats och datum

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande

Personbeteckning

Läkemedelsskadeförsäkringspoolen

PB 3, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tfn 040 450 4640

www.lvp.fi/sv