

FULLMAKT TIL Å KLAGE I RETTIGHETSSAKER

Med denne fullmakten kan du som fullmaktsgiver peke ut en fullmektig som skal opptre på dine vegne i klagesaker overfor helse- og omsorgstjenesten og statsforvalteren. Du bestemmer selv hvor lenge du ønsker at fullmakten skal vare; om den skal gjelde i én enkelt klagesak, til en fastsatt dato eller også i fremtidige klagesaker. Det er anbefalt at du har to originaler, én til deg selv og én til den du velger som fullmektig. Det er viktig at du merker deg at denne fullmakten faller bort hvis du en dag blir alvorlig syk og ikke lenger kan ivareta dine egne interesser. Skal fullmektigen kunne klage på dine vegne også i slike tilfeller, må du opprette en **fremtidsfullmakt eller sørge for at denne fullmakten oppfyller kravene til en fremtidsfullmakt (vedvarende fullmakt). Hvilke krav som gjelder for fremtidsfullmakter, kan du lese om på statsforvalterens nettsider eller på www.sivilrett.no.**

Jeg (fullmaktsgiver)

Fornavn og etternavn:	
Adresse:	
Fødselsdato:	Mobil:
E-postadresse:	

gir

Fullmektigens fornavn og etternavn (navnet på den du gir fullmakt til):	
Fullmektigens adresse:	
Fullmektigens fødselsdato:	Fullmektigens mobilnummer:
Fullmektigens e-postadresse	

fullmakt til å opptre på mine vegne i klagesak ovenfor helse- og omsorgstjenesten og statsforvalteren. (kryss av for aktuelt område eller sett inn aktuelt område):

- den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- spesialisthelsetjenesten
- NAV
- Pasient- og brukerombudet
- statsforvalteren
- andre områder:

Fullmakten gis med følgende begrensninger:

Fyll ut hvis du ønsker at fullmakten skal være begrenset (for eksempel til en bestemt sak)
--

Kryss av for hvor lenge fullmakten gjelder:

- til klagesaken er avsluttet
- til følgende dato:
- i denne og fremtidige klagesaker

Fullmakten kan når som helst trekkes tilbake.

Sted og dato	Underskrift fullmaktsgiver
--------------	----------------------------