

# FULDMAGT

Navn på fuldmagtsgiver:

CPR-nr.:

*giver hermed*

Navn på fuldmagtshaver:

CPR.nr.:

Adresse:

Telefonnummer:

*fuldmagt til at få og videregive oplysninger i min(e) sag(er) ifm. helbredstillæg og/eller udvidet  
helbredstillæg.*

Fuldmagten kan til hver en tid trækkes tilbage ved at kontakte Sønderborg Kommune.

Udløbsdato:

Dato:

Underskrift fuldmagtsgiver: