Patient Försäkrings centralen

Fullmakt vid dödsfall

Befullmäktigande

Jag befullmäktigar den nedan nämnda personen att sköta det patientskadeärendet som berör dödsbo samt att söka och lyfta ersättningar som betalas på grund av skadan.

Detaljer av den befullmäktigade

Befullmäktigades namn

_____

Postadress

_____

Postnummer

_____

Postanstalt

_____

Telefonnummer (även riktnummer)

_____

E-postadress

_____

Information av den avlidens

Den avlidens namn

_____

Patientförsäkringscentralens skadebeteckning (ifall känd)

_____

Datum och fullmaktsgivarens underskrift

Datum

_____

Fullmaktsgivarens underskrift

_____

Namnförtydligande

_____

Töm formulär

Patientförsäkringscentralen

PB 1, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tel. 040 450 4590

www.pvk.fi/sv