

## Fullmakt

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

### Jag befullmäktigar

Den befullmäktigades namn

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Telefon (även riktnummer)

E-postadress

**att för min del sköta patientskadeärendet.**

**Skadebeteckning (ifall känd)**

**Ersättningarna som beviljas från patientförsäkringen betalas**

till den befullmäktigades konto.

till patientens eller annan ersättningssökandes konto.

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

**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 Patientförsäkringscentralen.

Jag vill återkalla en tidigare fullmakt.

Den befullmäktigades namn

**Datum**

**Fullamaktgivarens underskrift**

Personbeteckning

Patientförsäkringscentralen

PB 1, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tel. 040 450 4590, Fax 040 450 4694

[www.pvk.fi/sv](http://www.pvk.fi/sv)