

## Fullmakt

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

## Befullmäktigande

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

### Detaljer av den befullmäktigade

Den befullmäktigades namn

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Telefon (även riktnummer)

E-postadress

### Skadebeteckning (ifall känd)

## Utbetalning av ersättning

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- 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 Patientförsäkringscentralen.

Jag vill återkalla en tidigare fullmakt.

Den befullmäktigades namn

## **Datum och fullmaktsgivarens underskrift**

Datum

Fullmaktsgivarens underskrift

Personbeteckning

Patientförsäkringscentralen

PB 1, 00084 FÖRSÄKRINGSCENTRALEN

Tel. 040 450 4590

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