

Fullmakt för uthämtning av försändelser från Apotekstjänst

Undertecknad ger härmed nedanstående person-/er fullmakt att hämta ut försändelser från Apotekstjänst för min räkning.

Fullmaktstagare:

För- och efternamn:	Personnummer:
För- och efternamn:	Personnummer:
För- och efternamn:	Personnummer:
För- och efternamn:	Personnummer:
För- och efternamn:	Personnummer:

Giltighet (välj ett alternativ)

<input type="checkbox"/> Tills vidare	<input type="checkbox"/> Till och med datum: _____
---------------------------------------	--

Fullmaktsgivare:

För- och efternamn:	Personnummer:
Mobilnummer:	Telefonnummer:

Lämna in ifylld fullmakt till det aktuella utlämningsstället. Vid inlämnande av fullmakt visas både fullmaktsgivarens och fullmaktstagarens legitimation för utlämningsställets personal. Vid varje uthämtning av försändelse från Apotekstjänst till fullmaktsgivaren måste fullmaktstagaren legitimera sig.

Underskrift bekräftar att fullmaktstagaren har rätt att hämta ut försändelser från Apotekstjänst för fullmaktsgivarens räkning.

Underskrift fullmaktsgivare:

Namnteckning

Ort och datum

Namnförtydligande

För utlämningsställe:

En kopia av ifylld fullmakt skickas per brev till Apotekstjänst, se adress nedan. Fullmaktens original sparas på utlämningsställe under hela sin giltighetstid i pärm. *Observera! För att fullmakten ska vara giltig måste fullmaktsgivaren ha skrivit under fullmakten.*