

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:

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