

1. Uppgifter om fullmaktsgivaren

Personbeteckning

Efternamn och alla förnamn

Telefonnummer

2. Uppgifter om fullmaktshavaren

Födelsedatum

Efternamn och alla förnamn

Adress

Postnummer

Postanstalt

Telefonnummer

3. Fullmaktens innehåll

Välj ett av alternativen och kryssa för det alternativ som du har valt.

- ☐ Fullmaktshavaren får sköta alla mina ärenden hos FPA (t.ex. ansöka om förmåner, lämna in tilläggsutredningar, samtycka till rättelse av beslut, meddela förändringar, sköta ärenden som gäller sökande av ändring, sköta ärenden som gäller indrivning).
- ☐ Fullmaktshavaren får endast sköta mina ärenden hos FPA som gäller

_____ (skriv in namnet på förmånen eller ärendet).

Jag samtycker till att fullmaktshavaren för att sköta sitt uppdrag har rätt att få tillgång till sådana nödvändiga sekretessbelagda uppgifter om mig som finns hos FPA och som ansluter sig till en förmån (t.ex. förmåsuppgifter, uppgifter om min ekonomiska ställning och mitt hälsotillstånd).

4. Fullmaktens giltighetstid

- ☐ Fullmakten gäller tills vidare.
- ☐ Fullmakten gäller till _____

5. Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande