

FULDMAGT

Navn på fuldmagtsgiver:

CPR-nr.:

giver hermed

Virksomhed/navn:

Adresse:

Telefonnummer:

fuldmagt til at repræsentere mig ifm. Ansøgning om hjælpemiddel/boligændring, samt at

- Jeg giver mit samtykke til, at kommunen kan hente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold, hvis det har betydning for behandlingen af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos de parter, jeg har oplyst i ansøgningen under Supplerende oplysninger, samt hos de øvrige forvaltninger internt i kommunen. Derudover giver jeg mit samtykke til, at kommunen må videregive bevillingskrivelse og mit personnummer til leverandøren i tilfælde af, at det ansøgte bevilges.
- Jeg ikke ønsker at give kommunen mit samtykke til at indhente yderligere oplysninger. Jeg er indforstået med, at min ansøgning derfor behandles på grundlag af de foreliggende oplysninger.

Dato:

Underskrift fuldmagtsgiver: