

Fullmakt

Saksnummer: _____

Namnet til erstatningssøkjeren (pasienten) med store bokstavar

gir

Namnet til fullmektigen med store bokstavar

Fødselsnummeret til fullmektigen

Adresse

Telefonnummer(e)

**fullmakt til å representere meg i samband med søknad om erstatning frå
Norsk Legemiddelforsikring.**

**Fullmakta vil seie at fullmektigen vil ta imot alle brev, e-postar m.m. i saka. Fullmakta
gir fullmektigen rett til innsyn i alle dokumenta i saka, inkludert helseopplysingar og
økonomiske opplysingar. Fullmektigen kan avgjere alle spørsmåla i saka.**

Sted og dato

Underskrifta til erstatningssøkjeren (pasienten)

**Underskrifta til erstatningssøkjeren (pasienten) må stadfestast med kopi av gyldig
legitimasjon. Dette kan vere pass, førarkort eller bankkort med bilde og
fødselsnummer.**

Postadresse:
Postboks 232 Skøyen
0213 Oslo

Besøksadresse:
Middelthuns gate 29
0368 Oslo

Telefon: 22 99 45 00
E-post: npepost@npe.no
Internett: npe.no

Organisasjonsnummer:
984 936 923