Søknad om erstatning for Legemiddelforsikringen

Fullmakt

Saksnummer: _____

_____

Namnet til erstatningssøkjaren (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 erstatningssøkjaren (pasienten)

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