

Skjema for fullmakt

Jeg gir følgende person fullmakt til å opptre på mine vegne, om innsyn i journal ved Bergen legevakt, eller klage knyttet til helsehjelp ved legevakten. Fullmakten utløper når saken er ferdigbehandlet/dokumentene er utlevert.



BERGEN KOMMUNE
BERGEN LEGEVAKT

A: Den som får fullmakt (fullmektig)

Fullt navn		
Fødselsnummer (11 siffer)/ D-nummer		
Adresse: (kontaktadresse)	Postnummer	Poststed/land
Telefonnummer	E-post	

B: Deg som gir fullmakten (fullmaktsgiver)

Fullt navn	
Fødselsnummer (11 siffer)	
Sted og dato	Underskrift

Krav til vedlegg:

- Kopi av gyldig legitimasjon til den som gir fullmakten (B)

Hva er gyldig legitimasjon?

- Norske statsborgere: pass (ikke nødpass), nasjonalt ID-kort eller førerkort.
- Utenlandske statsborgere: utenlandsk pass (ikke nødpass) eller nasjonalt ID-kort fra EU/EØS-land, Sveits og Ukraina.

Authorization Form

I authorize the following person to act on my behalf regarding access to records at Bergen legevakt or complaints related to medical assistance at the clinic. This authorization expires when the case is processed/documents are delivered.



BERGEN KOMMUNE
BERGEN LEGEVAKT

A: The person receiving the authorization (authorized representative)

Full name		
Personal identification number (11 digits)/ D-number		
Address: (contact address)	Postal code	City/country
Phone number	Email	

B: You who give the authorization (authorizer)

Full name	
Personal identification number (11 digits)/ D-number	
Place and date	Signature

Requirements for attachments:

- Copy of valid identification for the person giving the authorization (B)

What is valid identification?

- Norwegian citizens: passport (not emergency passport), national ID card, or driver's license.
- Foreign citizens: foreign passport (not emergency passport) or national ID card from EU/EEA countries, Switzerland, and Ukraine.