

## Ældresagen Fuldmagt

Jeg, [Navn på fuldmagtsgiver], født den [fødselsdato] og bosiddende på [adresse], giver hermed fuldmagt til [Navn på fuldmagtshaver], født den [fødselsdato] og bosiddende på [adresse], til at repræsentere mig i alle relevante anliggender vedrørende mine behov som ældre, herunder, men ikke begrænset til:

1. At tage beslutninger vedrørende mine sundheds- og plejeaftaler.
2. At kommunisere med sundhedspersonale og andre relevante myndigheder på mine vegne.
3. At håndtere mine økonomiske forhold, herunder betaling af regninger og administration af værdipapirer.
4. At ansøge om ydelser og støtte fra offentlige myndigheder og institutioner.

Fuldmagten træder i kraft den [startdato] og er gyldig indtil [slutdato] eller indtil jeg skriftligt tilbagekalder den.

Denne fuldmagt er udstedt og underskrevet af mig, [Navn på fuldmagtsgiver], i overensstemmelse med gældende lovgivning.

Dato: [dato]

Underskrift: \_\_\_\_\_  
[Navn på fuldmagtsgiver]

Vidner:

1. [Navn på vidne 1] - Underskrift: \_\_\_\_\_
2. [Navn på vidne 2] - Underskrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Eventuelle bemærkninger eller yderligere instruktioner]