

Fuldmagt for Ældre

Undertegnede:

Navn: [Fulde navn]

CPR-nummer: [CPR-nummer]

Adresse: [Adresse]

Giver hermed fuldmagt til:

Navn: [Fulde navn på den, der modtager fuldmagt]

CPR-nummer: [CPR-nummer på den, der modtager fuldmagt]

Adresse: [Adresse på den, der modtager fuldmagt]

Tilsigtede handlinger:

[Beskriv de specifikke handlinger, som fuldmagten omfatter, f.eks. at håndtere økonomiske forhold, træffe sundhedsmæssige beslutninger, repræsentere under møder osv.]

Denne fuldmagt gælder fra [startdato] til [slutdato eller "indtil den tilbagekaldes"].

Fuldmagten er udstedt med henblik på at sikre, at der træffes de mest hensigtsmæssige beslutninger vedrørende mine anliggende, såfremt jeg ikke er i stand til at gøre det selv.

Underskrift:

[Underskrift af den, der giver fuldmagt]

Dato: [Dato for underskrift]

Vidner:

1. Navn: [Vidnes navn]

Adresse: [Vidnes adresse]

Underskrift: _____

2. Navn: [Vidnes navn]

Adresse: [Vidnes adresse]

Underskrift: _____

Bemærk: Denne fuldmagt skal opbevares på et sikkert sted, og den, der modtager fuldmagten, skal være informeret om sine forpligtelser i henhold til denne fuldmagt.