

## Fuldmagt

Undertegnede:

[Navn på fuldmagtsgiver]

[CPR-nummer]

[Adresse]

[Postnummer og by]

giver hermed fuldmagt til:

[Navn på fuldmagtshaver]

[CPR-nummer]

[Adresse]

[Postnummer og by]

Fuldmagten omfatter følgende beføjelser:

[Specificer de beføjelser, der gives til fuldmagtshaver, f.eks. administration af sundhedsspørgsmål, beslutninger vedrørende medicinsk behandling, mv.]

Fuldmagten er gyldig fra:

[Startdato]

og gælder indtil:

[Slutdato eller "indtil den tilbagekaldes"]

Denne fuldmagt er udstedt i overensstemmelse med dansk lovgivning og er underlagt de bestemmelser, der gælder for sundhedsområdet.

Dato:

[Dato for underskrift]

---

[Underskrift af fuldmagtsgiver]

---

[Underskrift af fuldmagtshaver (valgfri)]

Vidner (hvis påkrævet):

[Navn på vidne 1]

[Adresse på vidne 1]

[Navn på vidne 2]

[Adresse på vidne 2]