

Fuldmagt til at hente medicin

Undertegnede:

Navn: [Indsæt fuldt navn]

Adresse: [Indsæt adresse]

CPR-nummer: [Indsæt CPR-nummer]

giver hermed fuldmagt til:

Navn: [Indsæt fuldt navn på den person, der får fuldmagt]

Adresse: [Indsæt adresse på den person, der får fuldmagt]

CPR-nummer: [Indsæt CPR-nummer på den person, der får fuldmagt]

til at hente medicin på mine vegne fra følgende apotek:

Navn på apotek: [Indsæt navnet på apoteket]

Adresse: [Indsæt apotekets adresse]

Denne fuldmagt gælder for følgende medicin:

[Indsæt medicinens navn og eventuelle relevante oplysninger]

Fuldmagten er gyldig fra [Indsæt startdato] til [Indsæt slutdato] / indtil den tilbagekaldes.

Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: [Indsæt dato]

Vidne (hvis nødvendig):

Navn: [Indsæt vidnets fulde navn]

Adresse: [Indsæt vidnets adresse]

CPR-nummer: [Indsæt vidnets CPR-nummer]

Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: [Indsæt dato for vidnets underskrift]