

## Fuldmagt ved Demens

Undertegnede:

[Navn på fuldmagt giver]

[Adresse]

[CP og by]

[CPR-nummer]

giver hermed fuldmagt til:

[Navn på fuldmagtshaver]

[Adresse]

[CP og by]

[CPR-nummer]

til at handle på mine vegne i forbindelse med:

[Beskrivelse af de handlinger, fuldmagtshaver må udføre]

Fuldmagten træder i kraft på datoen for underskrivelsen og gælder, indtil den tilbagekaldes skriftligt af mig.

Jeg bekræfter, at jeg på tidspunktet for denne fuldmagt er blevet informeret om mine rettigheder og pligter, samt konsekvenserne af at udstede denne fuldmagt.

Hertil bevidner jeg, at jeg er ved min fulde sans og i stand til at træffe beslutninger.

Udfærdiget den [dato]

Sted: [sted]

---

[Underskrift af fuldmagt giver]

---

[Underskrift af fuldmagtshaver (hvis relevant)]

Vidner:

[Navn på vidne 1]

[Adresse vidne 1]

[CPR-nummer vidne 1]

---

[Underskrift af vidne 1]

[Navn på vidne 2]

[Adresse vidne 2]

[CPR-nummer vidne 2]

---

[Underskrift af vidne 2]

Denne fuldmagt er udarbejdet i overensstemmelse med gældende dansk lovgivning.