

Fullmakt

Personopplysninger:

Navn:	Saksnummer:
-------	-------------

Jeg samtykker med dette til at:

(navn, fødselsdato og evt. relasjon til den som skal opptre på vegne av deg)

kan få tilgang til alle opplysninger og opptre på vegne av meg i forbindelse med medisinsk utredning og behandling under min helseforsikring i Vertikal Helse.

Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke samtykket tilbake ved å gi melding om dette til selskapet.

.....
Signatur

.....
Sted/dato

Vil du vite mer?

Ring oss på 23 01 48 00

eller send oss en e-post på dinhelse@vertikalhelse.no

