

Fullmakt

Saksnummer: _____

Erstatningssøkers (pasientens) navn med store bokstaver**gir**_____
Fullmektigens navn med store bokstaver_____
Fødselsnummeret til fullmektigen_____
Adresse_____
Telefonnummer(e)

**fullmakt til å representere meg i forbindelse med søknad om erstatning fra
Norsk Legemiddelforsikring.**

Fullmakten betyr at fullmektigen vil motta alle brev, e-poster m.m. i saken. Fullmakten gir fullmektigen rett til innsyn i alle dokumentene i saken, inkludert helseopplysninger og økonomiske opplysninger. Fullmektigen kan avgjøre alle spørsmålene i saken.

Sted og dato_____
Erstatningssøkers (pasientens) underskrift

Erstatningssøkers (pasientens) underskrift må bekreftes med kopi av gyldig legitimasjon. Dette kan være pass, førerkort eller bankkort med bilde og fødselsnummer.

Postadresse:
Postboks 232 Skøyen
0213 Oslo

Besøksadresse:
Middelthuns gate 29
0368 Oslo

Telefon: 22 99 45 00
E-post: npepost@npe.no
Internett: npe.no

Organisasjonsnummer:
984 936 923