

Fuldmagt

Navn på fuldmagtsgiver: _____

Fuldmagtsgivers CPR-nr.: _____

giver hermed nedenstående fuldmagt til at repræsentere mig ifm. ansøgning

om følgende hjælpemiddel: _____

Hvis jeg får hjælpemidlet bevilget, giver jeg hermed min kommune tilladelse til at sende en kopi af bevillingen direkte til Ortos A/S på mail@ortos.dk

Virksomhed/ navn: Ortos A/S
Adresse: Børstenbindervej 12, 5230 Odense M
Telefon: 63 15 05 05

Jeg giver mit samtykke til, at kommunen kan hente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold og økonomiske forhold, hvis det har betydning for behandlingen af min ansøgning. Oplysningerne kan hentes hos de sygehuse og læger, der er oplyst i ansøgningen, og hos min praktiserende læge.

Jeg er opmærksom på, at denne fuldmagt til enhver tid kan tilbagekaldes ved kontakt til ovenstående.

Dato: _____

Fuldmagtsgivers underskrift: _____