

Fuldmagt

Navn på fuldmagtsgiver: _____

Fuldmagtsgivers CPR-nr.: _____

giver hermed nedenstående fuldmagt til at repræsentere mig ifm. ansøgning, reparationer og tilretning af følgende hjælpemiddel/hjælpemidler:

- Hvis jeg får hjælpemidlet bevilget, ønsker jeg at benytte det frie valg af leverandør og jeg giver hermed min kommune tilladelse til at sende en kopi af bevillingen direkte til ForMotion Denmark A/S på **denmark@formotion.com**

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

- For at forenkle behandlingen af min sag gives mit samtykke til, at kommunen kan hente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold, hvis det har betydning for behandlingen af min ansøgning.

Oplysningerne kan hentes hos de sygehuse, læger samt andre fagkompetencer, der kan bidrage til afklaring af min sag vedrørende ovenstående hjælpemiddel/hjælpemidler, og hos min praktiserende læge.

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

Dato: _____ Fuldmagtsgivers underskrift: _____