



Ifylld blankett skickas till:
Patientnämndens kansli
Box 1613
701 16 Örebro

1. Fullmaktsgivare (patienten)

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	

2. Fullmaktstagare (patientens ombud)

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	

Härmed ger jag ovanstående person fullmakt att företräda mig i ärende hos patientnämnden i Region Örebro län. Fullmakten är giltig två år från och med nedanstående datum eller tills den återkallas.

(Namnunderskrift, patienten)

(Ort och datum)

Om behandlingen av personuppgifter

I det fall du vänder till patientnämnden med synpunkter på din vård och behandling kommer vi att behandla dina personuppgifter. Dessa kan vara namn, kontaktuppgifter och uppgifter om hälso- och sjukvård. Uppgifterna behöver vi för att kunna handlägga ditt ärende. Den lagliga grunden för behandlingen enligt dataskyddsförordningen (GDPR) är allmänt intresse eller för att fullgöra en rättslig förpliktelse. Uppgifterna sparas för all framtid. På regionorebrolan.se finns mer information om behandling av personuppgifter i Region Örebro län.