



## Fuldmagt

### Undertegnede:

Navn:		Cpr-nr.	
Adresse:			
Postnr.	By		
Tlf.nr.:		E-mail:	

### giver hermed:

Navn:		Cpr-nr.	
Adresse:			
Postnr.	By		
Tlf.nr.:		E-mail:	

**fuldmagt** til på mine vegne at varetage min klagesag over Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

---

Dato

Underskrift

Jeg er bekendt med, at alle breve og e-mails fra Landslægeembedet bliver sendt til fuldmagtshaver, indtil jeg som fuldmagtsgiver har trukket fuldmagten tilbage.

Du skal sende denne fuldmagt med original underskrift med brevpost til:

**Landslægeembedet**  
**Postboks 120**  
**3900 Nuuk**

*Bemærk, at du når som helst kan trække fuldmagten tilbage ved at meddele til det Landslægeembedet.*