

Fullmakt vid avgiftsärenden

Fullmaktsgivare

Personuppgifter

Namn	
Personnummer	Telefonnummer
Adress	Postadress

Fullmaktstagare

Personuppgifter

Namn	
Personnummer	Telefonnummer
Adress	Postadress

Giltighetstid

Från och med _____ och tillsvidare, eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.

Från och med _____ till och med _____

Personuppgiftsansvarig är socialnämnden. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på kommunkontoret@orkelljunga.se.

Postadress
Örkelljunga kommun
286 80 Örkelljunga

Besöksadress
Örkelljunga kommun
Biblioteksgatan 10
286 80 Örkelljunga

Telefon
0435-550 00

E-post
Kommunkontoret@orkelljunga.se

Organisationsnr: 212000-0878

Webbplats
www.orkelljunga.se

Underskrifter

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att i mitt namn och för min räkning företräda mig i kontakter med hemvårdsförvaltningens avgiftsenhet.

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Bevittnas – vittne 1

Namn	Telefon
Underskrift	

Bevittnas – vittne 2

Namn	Telefon
Underskrift	

Skicka fullmakten till

Örkelljunga kommun
Socialförvaltningen
286 80 Örkelljunga

Information om behandling av personuppgifter

Dina personuppgifter kommer att registreras, behandlas och hanteras i kommunens datasystem i enlighet med GDPR.

Mer information hittar du på kommunens webbplats www.Örkelljunga.se