

# AQUADENTAL

SENAST ÄNDRAD  
2023-03-12

TYP AV DOKUMENT  
Avtalsdokument

ANSVARIG FÖR GODKÄNNANDE  
Louise Hägglund

VERSION  
2.0

## Fullmakt

Härmed ger jag fullmakt till nedanstående ombud att företräda mig i alla ärenden som rör min tandvård hos Aqua Dental.

\_\_\_\_\_  
OMBUDETS NAMN

\_\_\_\_\_  
OMBUDETS PERSONNUMMER

\_\_\_\_\_  
FULLMAKTSGIVARES NAMN

\_\_\_\_\_  
FULLMAKTSGIVARES PERSONNUMMER

\_\_\_\_\_  
GILTIGHETSTID: FR.O.M

/\_\_\_\_\_  
T.O.M

\_\_\_\_\_  
ORT, DATUM

\_\_\_\_\_  
FULLMAKTSGIVARENS UNDERSKRIFT