

# Fullmakt

## Till anställda vid vårdenhet



Undertecknad ger härmed nedan angivna fullmaktstagare rätt att för min räkning

Teckna avtal om apotekskonto med PayEx Sverige AB. Avtalet ger mig möjlighet att delbetala läkemedel och andra varor som har köpts på ett apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning.

Göra inköp på apotek som är anslutna till PayEx delbetalningslösning och begära att inköpen ska delbetalas via mitt apotekskonto hos PayEx Sverige AB.

## Fullmakten gäller för de personer som är anställda vid nedanstående vårdenhet

De personer som har fullmakt framgår av bilaga 1. Verksamhetschefen vid vårdenheten ges fullmakt att uppdatera bilaga 1, så att nyanställda läggs till och de som slutar tas bort.

|                                                         |                              |                                  |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Vårdenhetens namn                                       |                              | Telefon (inkl. riktnummer)       |
| Organisationsnummer                                     | Enhets-ID (Ej obligatoriskt) | Kontaktperson                    |
| Boxadress/Gatuadress                                    |                              | Postnummer och ort               |
| Verksamhetsansvarig för Vårdenheten - för och efternamn |                              | Personnummer verksamhetsansvarig |
| Namnteckning                                            |                              | Namnförtydligande                |

## Giltighet

Kryssa endast ett alternativ

Fullmakten gäller tills den återkallas skriftligen

Fullmakten gäller till och med datum \_\_\_\_\_

## Fullmaktsgivare

|                                                   |                    |           |
|---------------------------------------------------|--------------------|-----------|
| Personnummer ( År xx, mån xx, dag xx - 4 siffror) | Förnamn            | Efternamn |
| Boxadress/gatuadress                              | Postnummer och ort |           |
| Telefon vid eventuell kontakt (även riktnummer)   |                    |           |
| Ort                                               | Datum              |           |
| Fullmaktsgivarens Namnteckning                    |                    |           |

