

Vårdnadshavare till barn

Undertecknad ger härmed nedanstående person/er fullmakt att för min räkning gällande mitt/mina barn

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

Begära att inköp till barn som gjorts på ett apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning ska delbetalas via mitt apotekskonto hos PayEx Sverige AB.

Fullmakten skall gälla för nedanstående person/personer

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx - 4 siffror) -	Förnamn	Efternamn
Boxadress/gatuadress	Postnummer och ort	
Personnummer (År xx, mån xx, dag xx - 4 siffror) -	Förnamn	Efternamn
Boxadress/gatuadress	Postnummer och ort	

Gällande mitt/mina barn

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx - 4 siffror) -	Förnamn	Efternamn
Personnummer (År xx, mån xx, dag xx - 4 siffror) -	Förnamn	Efternamn
Personnummer (År xx, mån xx, dag xx - 4 siffror) -	Förnamn	Efternamn

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		