

# Fullmakt

Saksnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Namnet til erstatningssøkjaren (pasienten) med store bokstavar

**gir**

\_\_\_\_\_  
Namnet til fullmektigen med store bokstavar

\_\_\_\_\_  
Fødselsnummeret til fullmektigen

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer(e)

**fullmakt til å representere meg i samband med søknad om erstatning frå Norsk pasientskadeerstatning, og ved ei eventuell klage til Nasjonalt klageorgan for helsetenesta (Helseklage).**

**Fullmakta vil seie at fullmektigen vil ta imot alle brev, e-postar m.m. i saka. Fullmakta gir fullmektigen rett til innsyn i alle dokumenta i saka, inkludert helseopplysingar og økonomiske opplysingar. Fullmektigen kan avgjere alle spørsmåla i saka.**

\_\_\_\_\_  
Sted og dato

\_\_\_\_\_  
Underskrifta til erstatningssøkjaren (pasienten)

**Underskrifta til erstatningssøkjaren (pasienten) må stadfestast med kopi av gyldig legitimasjon. Dette kan vere pass, førarkort eller bankkort med bilde og fødselsnummer.**

**Postadresse:**  
Postboks 232 Skøyen  
0213 Oslo

**Besøksadresse:**  
Middelthuns gate 29  
0368 Oslo

**Telefon:** 22 99 45 00  
**E-post:** [npepost@npe.no](mailto:npepost@npe.no)  
**Internett:** npe.no

**Organisasjonsnummer:**  
984 936 923