

Fuldmagt

Mine kontaktoplysninger:

Navn:	
Cpr-nr.:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Jeg giver fuldmagt til at:

Navn:	
Cpr-nr.:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

Skal have adgang til mine elektroniske oplysninger i KMD Nexus.

Jeg kan dog når som helst selv trække fuldmagten tilbage, ved at meddele dette til Senior- og Sundhedsrådgivningen, Kolding Kommune.

Min sag handler om:

Samtykke til adgang i mine elektroniske oplysninger i KMD Nexus

(sted, dato)

(underskrift)