

## FULLMAKT SYNSAM

FULLMAKTSGIVARE	FULLMÄKTIGE
Namn	Namn
Adress	Adress
Postnr & Ort	Postnr & Ort
Telefonnummer	Telefonnummer

### Giltighetstid

Från och med: \_\_\_\_\_ Till och med: \_\_\_\_\_

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person (Fullmäktige) att:

Hämta ut produkter

Hämta ut recept

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Fullmaktsgivarens underskrift: \_\_\_\_\_

---

Ifylles av Synsam:

Synsam har kontrollerat Fullmäktiges identitet

Datum då produkt/ recept utlämnats: \_\_\_\_\_

Butik: \_\_\_\_\_ Butiksnummer: \_\_\_\_\_

Medarbetarens underskrift: \_\_\_\_\_

