**Återkallande av fullmakt för uträttande av ärenden för annans räkning**

Jag återkallar fullmakten med vilken jag har gett en annan person fullmakt att uträtta ärenden för min räkning vid Studenternas hälsovårdsstiftelse.

**Fullmaktsgivarens uppgifter**

Personbeteckning

Förnamn och efternamn

**Den befullmäktigades uppgifter**

Personbeteckning

Förnamn och efternamn

Jag återkallar fullmakten som jag gav / 20

**Underskrift av personen som återkallar fullmakten**

Datum / 20 Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande

**Servicestället fyller i**

Namn på mottagaren av fullmakten samt servicestället där mottagaren arbetar:

Serviceställe där mottagaren av fullmakten arbetar:

Namn på mottagaren av fullmakten:

Fullmakten arkiveras som en bilaga till patientens/kundens uppgifter i patientregistret.