KAARINAN KAUPUNKI / TERVEYSPALVELUT

VALTAKIRJA

asioiden hoitamiseksi Kaarinan terveyskeskuksessa

VALTAKIRJAN ANTAJAN TIEDOT

Henkilötunnus		Sukunimi ja etunimi	
Puhelinnumero			

VALTUUTETUN TIEDOT

Henkilötunnus		Sukunimi ja etunimi	
Osoite			
Postinumero		Postitoimipaikka	
Puhelinnumero			

VALTUUTUS

Valtuutan yllämainitun henkilön hoitamaan alla kuvatut asiat Kaarinan terveyskeskuksessa

☐ **Minusta saa antaa hoitoon liittyviä tietoja yllämainitulle valtuuttamalleni henkilölle**

ALLEKIRJOITUS

Päiväys		Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys	

Tämä valtakirja on voimassa valtuutuksessa kuvattujen yksittäisten asioiden loppuun hoitamiseen saakka