

Fuldmagt

Mit navn er:	Mit CPR-nr. er:
Min adresse er:	Mit telefonnr. er:
Handicap:	Kommune:

Jeg giver fuldmagt til at:

Navn:	Telefonnr.:
Adresse:	

handler på mine vegne i forbindelse med DUKHs rådgivning.

Henvendelsen til DUKH handler om:

Jeg giver fuldmagten frivilligt, og jeg kan når som helst trække fuldmagten tilbage ved at give besked til DUKH.

Jeg er opmærksom på, at mine oplysninger registreres digitalt i DUKH's it-system - oplysningerne deles ikke med andre.

Dato:	Min underskrift:
-------	------------------