



FULDMAGT

til ansøgning om dansk autorisation

Jeg

<u>Ansøgers navn</u>	<u>Ansøgers eventuelle sagsnummer hos STPS</u>
<u>Ansøgers bopælsadresse</u>	
<u>Ansøgers e-mailadresse</u>	<u>Ansøgers telefonnummer</u>
<u>Ansøgers fødselsdato eller om muligt CPR - nummer</u>	

giver hermed fuldmagt til

<u>Fuldmagthavers navn</u>	
<u>Fuldmagthavers bopæls-/firmaadresse</u>	
<u>Fuldmagtshavers e-mailadresse</u>	<u>Fuldmagtshavers telefonnummer</u>
<u>Fuldmagthavers eventuelle CPR/CVR-nummer</u>	

til at repræsentere og varetage mine interesser i forbindelse med min ansøgning om dansk autorisation hos Styrelsen for Patientsikkerhed.

Så længe fuldmagten gælder, vil alle breve fra Styrelsen for Patientsikkerhed blive sendt til den person jeg giver fuldmagt til.

Fuldmagten gælder frem til det tidspunkt, hvor styrelsen har truffet den første afgørelse i min sag – fx til styrelsen har vurderet min uddannelse m.v., hvorefter den ophører.

Jeg kan når som helst ændre, forlænge eller trække min fuldmagt tilbage ved at give besked til Styrelsen for Patientsikkerhed.

<u>Sted og dato</u>	<u>Ansøgers underskrift</u>
---------------------	-----------------------------



Hvad skal du gøre

Den underskrevne fuldmagt skal uploades sammen med anden dokumentation til ansøgningsblanketten, hvis fuldmagtshaver søger på dine vegne.

Du kan også sende fuldmagten til aaes@stps.dk, hvis du senere ønsker at lade dig repræsentere.