

Fullmakt

Undertecknad ger nedanstående person (ombud) fullmakt att företräda mig (patient) samt att få ta del av samtliga handlingar i mitt ärende hos Patientnämnden och dess förvaltning i Region Uppsala. Fullmakten gäller i ett år från dagen för min underskrift eller tills den återkallas.

Ombud

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon	Mobiltelefon

Patient

Namn	Personnummer
Patientens underskrift	Ort och datum

Inkomna synpunkter registreras i Patientnämndens diarium. Synpunkterna sammanfattas och delges aidentifierade till vården och regionens politiker samt tjänstepersoner i syfte att bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet. Samtliga inkomna handlingar är en offentlig handling och ska efter att personuppgifter och andra känsliga uppgifter tagits bort, lämnas ut på begäran. Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och dataskyddsförordningen (GDPR) gäller hos patientnämnden och dess förvaltning.

*Så behandlar Region Uppsala dina personuppgifter;
<http://www.lul.se/sv/Landsting--politik/Medborgare/Diarium/Sa-behandlar-Region-Uppsala-dina-personuppgifter/>*

Patientnämndens kansli

Storgatan 27 | Box 602 | 751 25 Uppsala | tfn 018-611 60 51 | org nr 232100-0024

www.regionuppsala.se