

Fyll i nedanstående uppgifter och kryssa i de alternativ som ska gälla.

Lämna in fullmakten till närmaste apotek.

Denna fullmaktsblankett kan sparas elektroniskt på Apoteket under förutsättning att:

- Inga ändringar gjorts på blanketten
- Du som fullmaktsgivare och ditt barn samt fullmaktstagare är folkbokförda i Sverige (SPAR).

Efter registrering förstörs dokumentet.

Den elektroniska fullmakten är giltig på alla apotek, på Apotekets hemsida www.apoteket.se och vid telefonbeställning.

Om ändringar gjorts på blanketten kan den endast användas som en fullmakt i pappersformat som uppvisas på lokalt apotek.

Apoteket samkör uppgifter ur register över fullmakter med SPAR för att personuppgifterna ska vara korrekta. Behandling av personuppgifter sker i enlighet med Personuppgiftslagen PuL (1998:204).

Du som är vårdnadshavare kan låta annan person företräda dig i egenskap av vårdnadshavare för ditt barn.

Undertecknad ger härmed nedan angivna person fullmakt att för min räkning gällande mitt barn

- Beställa och hämta ut receptförskrivna läkemedel eller varor.
- Hämta en skriftlig översikt över alla mitt barns sparade recept hos Apoteket AB.
- Belasta min befintliga kredit med delbetalning och/eller kredit med delbetalning-Doskund för mitt barns läkemedel hos Apoteket AB.
- Lämna samtycke till registrering i register där jag kan få hjälp att hålla reda på mitt barns läkemedelsförmåner, (§3 p.1 lag 1996:1156 om receptregister).
- Lämna samtycke till att Apoteket AB sparar mitt barns recept elektroniskt, (§3 p.7 lag 1996:1156 om receptregister).

Fullmakten ska gälla för

För- och efternamn	Personnummer (år xxxx, mån xx, dag xx - 4 siffror)
--------------------	--

Gällande mitt/mina barn

	För- och efternamn	Personnummer (år xxxx, mån xx, dag xx - 4 siffror)
1		
2		
3		
4		

Giltighet **OBS! Kryssa endast ett alternativ.**

<input type="checkbox"/> Tills vidare <input type="checkbox"/> Till och med, datum	Fullmakten gäller tills den återkallas dock längst till barnets 18 årsdag.
--	--

Fullmaktsgivare och vårdnadshavare

För- och efternamn	Personnummer (år xxxx, mån xx, dag xx - 4 siffror)
Telefon vid eventuell kontakt (även riktnr)	
Ort	
Datum	
Namnteckning	

Apotekets anteckningar

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavarens legitimation kontrollerad. <input type="checkbox"/> Fullmaktstagarens legitimation kontrollerad.	Resultatenhet
Namn	