

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:

Fuldmagten bortfalder, når DUKH ikke har givet rådgivning vedrørende ovenstående henvendelse de seneste 12 måneder. Jeg kan dog når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til DUKH.

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

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