

Ifylld blankett skickas till:  
Patientnämndens förvaltning  
Närvården, Södra vägen 3-5  
871 82 Härnösand

**1. Fullmaktsgivare (patienten)**

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	

**2. Fullmaktstagare (patientens ombud)**

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	

Härmed ger jag ovanstående person fullmakt att företräda mig i ärende hos patientnämnden i Region Västernorrland. Fullmakten är giltig två år från och med nedanstående datum eller tills den återkallas.

-----  
(Namnunderskrift, patienten)

-----  
(Ort och datum)

**Om behandlingen av personuppgifter**

I det fall du vänder till patientnämnden med synpunkter på din vård och behandling kommer vi att behandla dina personuppgifter. Dessa kan vara namn, kontaktuppgifter och uppgifter om hälso- och sjukvård. Uppgifterna behöver vi för att kunna handlägga ditt ärende. Den lagliga grunden för behandlingen enligt dataskyddsförordningen (GDPR) är allmänt intresse eller myndighetsutövning. Uppgifterna sparas för all framtid. På [rvn.se](http://rvn.se) finns mer information om behandling av personuppgifter i Region Västernorrland.