

FULLMAKT

Till Vårdenhet



Undertecknad ger härmed fullmaktstagaren (vårdenhetens registrerade anställda) tillåtelse att för fullmaktsgivarens räkning

Teckna avtal om kontokredit med PayEx Credit AB . Avtalet ger mig möjlighet att delbetala läkemedel och andra varor som har köpts på ett apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning.

Göra inköp på apotek som är anslutna till PayEx delbetalningslösning och begära att inköpen ska delbetalas via min kontokredit hos PayEx Credit AB.

Fullmakten skall gälla för Vårdenhet

Namn		Telefon (inkl. riktnr)
Organisationsnummer	Enhets-ID (ej obligatoriskt)	Kontaktperson
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort
Verksamhetsansvarig för Vårdenheten för och efternamn		Personnummer verksamhetsansvarig (ej obligatoriskt)
Namnteckning		Namnförtydligande

Giltighet

Kryssa endast ett alternativ

Fullmakten gäller tills den återkallas skriftligt. Fullmakten gäller till och med datum _ _ _ _ _

Fullmaktsgivare

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror)	Förnamn	Efternamn
Boxadress/Gatuadress	Postnummer och ort	
Telefon vid eventuell kontakt (även riktnummer)		
Ort:	Datum:	
Fullmaktsgivarens Namnteckning		