

VALTAKIRJA ASIOIDENHOITAJANA TOIMIMISEEN

Tällä valtakirjalla minä

Asiakkaan nimi

Henkilötunnus

valtuutan

Valtuutetun nimi

Henkilötunnus

Osoite

hoitamaan Riihimäen kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa sosiaalipalveluissa asioitani eli toimimaan asioidenhoitajana asiakasmaksuun, laskuun ja mahdolliseen asiakasmaksun alennukseen liittyvissä asioissa.

Valtuutetun ei ole tämän valtakirjan perusteella mahdollista pyytää nähtäväkseen asiakkaasta tehtyjä asiakasasiakirja-/potilasasiakirjamerkintöjä.

Paikka

___ / ___ 20 ___

Aika

Asiakkaan allekirjoitus

Nimenselvennys

Paikka

___ / ___ 20 ___

Aika

Valtuutetun allekirjoitus

Nimenselvennys

Valtakirjan toimittaminen:

Valtakirja toimitetaan Sosiaali- ja terveystoimen asiakaspalvelupisteeseen osoitteeseen

Eteläinen Asemakatu 4

A-porras, 1.krs

11100 Riihimäki.

1) Asiakas toimittaa valtakirjan itse:

Ota mukaan kuvallinen henkilötodistus tai passi.

2) Valtuutettu toimittaa valtakirjan:

Jos valtuutettu toimittaa valtakirjan asiakkaan puolesta, valtakirjalle tarvitaan kaksi täysi-ikäistä, esteetöntä todistajaa. Ota mukaan kuvallinen henkilötodistus tai passi.

Todistamme, että _____

Asiakkaan nimi

on läsnä ollessamme allekirjoittanut omasta vapaasta tahdostaan ja asian merkityksen ymmärtäen tämän valtakirjan.

Paikka _____

Aika ___ / ___ 20 ___

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Valtakirjan vastaanottaja täyttää:

___Valtakirjan toimittajan henkilöllisyys on tarkistettu (henkilötodistus tai passi)

Paikka _____

Aika ___ / ___ 20

Valtakirjan vastaanottajan allekirjoitus

Nimenselvennys

