



Holmestrand kommune
Seksjon Forvaltning

FULLMAKT

For å gjøre saksbehandlingen så kort som mulig, tillater vi oss å be Dem om å fylle ut og returnere dette skriv sammen med søknad og legeerklæring til:

Holmestrand kommune,
Postboks 312,
3081 Holmestrand

Undertegnede gir herved Holmestrand kommune, ved seksjon Forvaltning fullmakt til å innhente ytterligere/nødvendige opplysninger hos min lege/behandler hvis ønskelig.

Kryss av i nedenfor:

JA

NEI

Dato

Underskrift