

## Fullmakt vid avgiftsärenden

Fullmaktsgivare

Fullmaktshavare

Namn	Namn
Personnummer	Personnummer
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telnr	Telnr

Giltighetstid:

From \_\_\_\_\_ - tillsvidare, eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.

From \_\_\_\_\_ Tom \_\_\_\_\_

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att i mitt namn och för min räkning företräda mig i kontakter med hemvårdsförvaltningens avgiftsenhet.

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Bevittnas

Namn	Namn
Telefon	Telefon
Underskrift	Underskrift

### *Information om behandling av personuppgifter*

Dina personuppgifter kommer att registreras, behandlas och hanteras i kommunens datasystem i enlighet med GDPR.

Mer information hittar du på kommunens hemsida [www.halmstad.se](http://www.halmstad.se). Frågor besvaras även av kommunens dataskyddsombud som nås via Halmstad direkt tel:035-13 70 00 eller via [direkt@halmstad.se](mailto:direkt@halmstad.se).

**Fullmakten skickas till:  
Myndighetsenheten, Avgifter  
Hemvårdsförvaltningen  
Box 271  
301 07 HALMSTAD**