FULLMAKT

Till anställda vid vårdenhet

PayEx EXPERTS IN PAYMENTS

Undertecknad fullmaktsgivare ger härmed nedan angivna fullmaktstagare rätt att för min räkning

☐	Teckna avtal om apotekskonto 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 mitt apotekskonto hos PayEx Credit AB.

Fullmakten gäller för de personer som är anställda vid nedanstående vårdenhet.

De personer som har fullmakt framgår av bilaga 1. Verksamhetschefen vid vårdenheten ges fullmakt att uppdatera bilaga 1, så att nyanställda läggs till och de som slutar tas bort.

Vårdenhetens namn		Telefon (inkl. riktnr)
Organisationsnummer	Enhets-ID (ej obligatoriskt)	Kontaktperson
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort
Verksamhetsansvarig för Vårdenheten för och efternamn		Personnummer verksamhetsansvarig
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 – | | | | | | – | | | |	Förnamn	Efternamn
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort
Telefon vid eventuell kontakt (även riktnummer)		
Ort:	Datum:	
Fullmaktsgivarens Namnteckning _		

Bilaga 1

Nedanstående personer är fullmaktstagare

Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer