# Samtycke till patientnämnden (barn som fyllt 13 år)

Jag samtycker till att följande person/personer får ha kontakt med vårdverksamhet angående min anmälan till patientnämnden i Region Norrbotten.

Samtycket innebär att personen/personerna får göra anmälan och ta del av svar från vårdverksamhet och ha övrig kontakt med patientnämnden.

Mitt namn Mitt personnummer

Samtycket gäller för följande person/personer:

Namn Personnummer

Namn Personnummer

Samtycket gäller 12 månader från det datum det skrivs på

Min namnteckning och datum