

Patienterstatningen
Kalvebod Brygge 45
1560 København V

Samtykkeerklæring fra barn 15-17 år
Sagsnummer:

Barnets navn: _____	
CPR-nr.: _____	
Giver hermed samtykke til at:	
Navn:	_____
Adresse:	_____
Postnr./by:	_____
Telefon nr.:	_____
E-mail adresse:	_____
CPR/CVR-nr.:	_____ *
må repræsentere mig som partsrepræsentant under behandlingen af min sag i Patienterstatningen.	
Dato	Underskrift

* skal udfyldes af hensyn til entydig identifikation.