

Fullmakt för Synundersökning

Underårig	Namn	Personnummer
Vårdnads- havare	Namn och adress	Personnummer
		Telefonnummer

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven underåriga person att utan min närvaro genomgå synundersökning hos Synoptik AB.

Fullmakten är giltig f.ro.m. _____ (dd/mm/år) och
som längst till _____ (dd/mm/år).

Underskrift,

Vårdnadshavare

Namn