JÄRVENPÄÄ

Sosiaali- ja terveyspalvelut
Terveysasemapalvelut

PUOLESTA-ASIOINTILUPA

Minä (nimi): _____

Henkilötunnus: _____

annan seuraaville henkilöille luvan asioida puolestani sekä saada hoitooni liittyviä tietoja

kaikissa hoitooni liittyvissä asioissa: Kyllä: _____ Ei: _____

tai seuraavissa asioissa: _____

_____

_____

Puolesta asiointi lupa annetaan:

1.

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Puhelin: _____

2.

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Puhelin: _____

3.

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____ Puhelin: _____

Puolesta-asiointilupa alkaa (pvm): _____

Puolesta-asiointilupa päättyy (pvm): _____

Puolesta-asiointilupa on voimassa toistaiseksi: Kyllä _____

Muistattehan ilmoittaa, mikäli lupaan liittyvissä asioissa tapahtuu muutoksia.

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Päiväys: _____

Puhelinnumero: _____

Lomake toimitetaan Järvenpään uuden sosiaali- ja terveyskeskuksen JUSTin INFO:ssa olevaan postilaatikkoon tai osoitteeseen JUST, Järvenpään uusi sosiaali- ja terveyskeskus, Terveyspalvelut, Lääkärinkuja 1, 04410 Järvenpää

Järvenpään sosiaali- ja terveyspalvelut
Käyntiosoite: JUST, Järvenpään uusi sosiaali- ja terveyskeskus, Lääkärinkuja 1, 04410 Järvenpää
Postiosoite: Järvenpään kaupunki, Hallintokatu 2, PL 41, 04401 Järvenpää