



## Granåsen Legesenter

Smistadvegen 11, 7026 Trondheim. Tlf. 73186530

[www.granasenlegesenter.no](http://www.granasenlegesenter.no)

NAVN: \_\_\_\_\_

FØDSELSDATO: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

POSTNR / STED: \_\_\_\_\_

### FULLMAKT TIL OVERSENDING AV JOURNAL

Jeg gir herved fullmakt til at min journal blir oversendt til:

LEGESENTER: \_\_\_\_\_

DOKTOR: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

POSTNR / STED: \_\_\_\_\_

Jeg aksepterer samtidig å bli belastet med et gebyr på kr 117.- for tjenesten.  
(betales kontant eller pr .giro. Ved giro tilkommes et girogebyr på kr. 45.-)

DATO: \_\_\_\_\_

UNDERSKRIFT: \_\_\_\_\_