

## Fullmakt

Jag bemyndigar Mellersta Österbottens välfärdsområde Soites funktionshindersservice att bekosta den lagstadgade företagshälsovården för min personliga assistent, vars arbetsgivare jag själv är, samt att som ställföreträdande betalare uppbära kostnaderna för företagshälsovården.

Plats

Datum

Arbetsgivarens namn

Arbetsgivarens personbeteckning

Underskrift och namnförtydligande

Vittnets underskrift och namnförtydligande

Vittnets underskrift och namnförtydligande