

Synoptik

Fullmakt för synundersökning

Underårig under 16 år	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.

Fullmakten är giltig fr.o.m. _____ (år/mån/dag) och som
längst till _____ (år/mån/dag).

Underskrift, Vårdnadshavare

Namn