

Fullmakts- givare	Namn	Personbeteckning / FO-nummer
	Adress	Postnummer och -ort
Befullmäk- tigad	Namn	
	Adress	Postnummer och -ort
Fullmaktens innehåll	☐ Har rätt att sköta ärendet samt ta emot alla handlingar som gäller mig i mitt ärende som är anhängigt vid Trafik- och patientskadenämnden	
Underskrift	Fullmaktsgivarens underskrift	Ort och datum

Fullmakten kan lämnas in via det elektroniska formuläret, per post eller skannad till

nämndens e-postadress liikenne@liipo.fi