



Fullmakt för synundersökning

MINDERÅRIG UNDER 16 ÅR

Namn	Personnummer
------	--------------

VÅRDNADSHAVARE

Namn och adress	Personnummer
	Telefonnummer

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven minderårig person att göra en synundersökning hos Smarteyes utan min närvaro.

Glöm inte att ta med vårdnadshavarens ID eller vidimerad ID-kopia vid synundersökningen.

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

VÅRDNADSHAVARE

Underskrift, ort & datum
