

VOLIKIRI

Koostamise koht ja kuupäev:

VOLITAJA

Nimi:

Isikukood:

Address:

VOLITUSE SAAJA

Nimi:

Isikukood:

Address:

Kontakttelefon ja/või e-mail:

Käesolevaga volitab VOLITAJA VOLITUSE SAAJAT enda eest ja enda nimel edastama vaktsiinikahjude hüvitamisega seotud andmeid ja esindama menetlusega seotud toimingutes.

Volikiri jõustub selle allkirjastamise hetkest ja kehib kuni:

Volikiri on antud edasivolitamise õigusega.

allkirjastatud digitaalselt