Samtycke för media

Jag NN (Namn och personnummer) ger tillåtelse till NN på X att ta del av mina uppgifter och diskutera mitt ärende hos Försäkringskassan utan hinder av sekretess.

Samtycket gäller från och med X till och med X.

Namnunderskrift Namnförtydligande

Kontaktuppgifter (till samtyckesgivaren)