|  |
| --- |
|  |

Fuldmagt ved anvendelse af ekstern repræsentation

Denne fuldmagt skal underskrives og fremsendes til Behandlingsrådets sekretariat hvis en virksomhed eller region ønsker at anvende ekstern repræsentation i forbindelse med ansøgning hos Behandlingsrådet.

Fuldmagtshaver får hermed ret til at varetage fuldmagtsgivers interesser i forbindelse med ansøgningsprocessen i Behandlingsrådet. Fuldmagtshaver er fuldmagtsgivers partsrepræsentant og handler på dennes vegne. Fuldmagtsgiver er indforstået med, at al korrespondance fra Behandlingsrådet, herunder Behandlingsrådets sekretariat, fremover alene sker til fuldmagtshaver.

Fuldmagten er gældende i forbindelse med behandling og korrespondance vedrørende den pågældende teknologi. Fuldmagtsgiver kan når som helst trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Behandlingsrådets sekretariat. Behandlingsrådet vejleder og rådgiver ud fra almindelige principper om god sagsbehandlingsskik. Rådgivning og vejledning i forbindelse med ansøgningsprocessen, vil forekomme i samme omfang, som hvis fuldmagtsgiver selv varetog processen. Behandlingsrådet opfordrer fuldmagtsgiver til at sikre fuldmagtshaver bedst mulige betingelser for at bestride partsrepræsentationen, herunder deltagelse i dialogmøder mv.

**Teknologi/anvendelsesområde:** *Angiv den relevante sundhedsteknologi*

**Fuldmagtsgiver Fuldmagtshaver**

*Virksomhed/Region Virksomhed (hvis relevant)*

*Kontaktperson Kontaktperson*

*Telefon Telefon*

*E-mail E-mail*

**Underskrift Underskrift**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dato**: *DD.MM.ÅÅÅÅ* **Dato**: *DD.MM.ÅÅÅÅ*