



---

## SAMTYCKE

Jag samtycker till att socialförvaltningen skickar beställning av synundersökning och utprovning av nödvändiga glasögon till vald optiker via förvaltningens betalssystem Proceedo.

Mina personuppgifter (namn, födelsedatum och telefonnummer) kommer därmed att hanteras i betalssystemet

Samtycket gäller 3 månader från det att samtycket är undertecknat.

.....  
Datum

.....  
Underskrift

.....  
Namnförtydligande

.....  
Personnummer

**Jag har valt följande optiker/butik:**

**Optikerns namn och plats:**.....

**Datum för synundersökning:**.....

**Klockslag:**.....

**Mitt telefonnummer:**.....