

Fullmakt



Fullmaktsgivare

Namn/Firma

Telefonnr

Adress

Personnr/organisationsnr

Postnr och ort

Fullmäktig

Namn/Firma

Telefonnr

Adress

Personnr/organisationsnr

Postnr och ort

Fullmakten avser Undertecknad fullmaktsgivare ger härmed fullmäktigen behörighet att i mitt personnamn eller firmanamn:

Fullmakten upphör att gälla när den återkallas, dock senast den _____

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum och ort

Underskrift

Namnförtydligande

Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevittnas härmed (frivillig uppgift)

Underskrift

Namnförtydligande