

FULLMAKT

Fullmaktsgivare

Fullmaktstagare/ombud

Namn:

Adress:

Postadress:

Personnummer:

Telefonnummer:

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att:

Giltighetstid:

Från och med: _____ tills vidare, eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.

Från och med: _____ till och med: _____.

Ort:

Datum:

Underskrift fullmaktsgivare: