

# 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: