

Fullmaktsgivare

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Utdelningsadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer	E-postadress	

Fullmäktig

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Utdelningsadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer	E-postadress	

Fullmakten avser

Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen behörighet att i mitt namn
--

Fullmakten upphör att gälla när den återkallas, dock senast den

Fullmaktens underskrift

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	