

# FULLMAKT

## Fullmaktsgivaren

Namn/Firma	Pers-/organisationsnummer	
Postutdelningsadress	Postnummer	Ort

## Fullmäktigen

Namn/Firma	Pers-/organisationsnummer	
Postutdelningsadress	Postnummer	Ort

Härmed befullmäktigar jag, Fullmaktsgivaren, Fullmäktigen att för min räkning vidta följande åtgärder:

--

Fullmakten upphör att gälla när den återkallas dock senast den \_\_\_\_\_.

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande

Fullmaktsgivaren egenhändiga namnteckning bevittnas härmed

Namn	Personnummer	
Postutdelningsadress	Postnummer	Ort
Ort/datum	Namnteckning	

Namn	Personnummer	
Postutdelningsadress	Postnummer	Ort
Ort/datum	Namnteckning	