

ENKEL FULLMAKT

Fullmaktsgivare

Namn/firma		Personnummer/organisationsnummer
Adress	Postnummer, ort	Telefon

Fullmäktig

Namn/firma		Personnummer/organisationsnummer
Adress	Postnummer, ort	Telefon

Giltighetstid

Fullmakten är giltig	☐ till och med _____	☐ tills vidare
----------------------	---	---------------------------------------

Fullmakt

Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen rätt att i mitt/företagets namn:
--

Underskrift

Ort och datum	
Fullmaktsgivarens underskrift	Namnförtydligande

Bevittning (frivillig uppgift)

Underskrift, vittne 1		Namnförtydligande	
Adress	Postnummer, ort	Telefon	
Underskrift, vittne 2		Namnförtydligande	
Adress	Postnummer, ort	Telefon	

Övrigt

Fullmakten kan återkallas när som helst av fullmaktsgivaren.
Gäller fullmakten en specifik åtgärd (tex. hämta nycklar) skriv detta i fullmaktsrutan.
Uppgifterna behandlas enligt GDPR.

