

# FULLMAKT

Fullmaktsgivare

Fullmäktige

Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telefon	Telefon
Personnummer	Personnummer

Giltighetstid:

Fr o m ..... tillsvidare eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.

Fr o m ..... t o m .....

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att:

Ort

Datum

.....

Fullmaktsgivarens underskrift

.....

Bevittnas:

Namn	Namn
Telefon	Telefon
Underskrift	Underskrift