

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