**Fullmaktsgivare**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn  | Telefonnummer  |
| Adress  | Personnummer  |
| Postnummer  | Ort  |

**Fullmäktig**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn  | Telefonnummer  |
| Adress  | Personnummer  |
| Postnummer  | Ort  |

**Fullmakten avser:**

|  |
| --- |
| Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen härmed behörighet att i mitt namn:  |

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

Fullmaktsgivaren underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum och ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande