

# FULLMAKT

Fullmaktsgivare

Fullmäktige

Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telnr	Telnr
Personnr	Personnr

Giltighetstid:

Fr o m \_\_\_\_\_ tills vidare, 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
Telnr	Telnr
Underskrift	Underskrift