

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
Underskrifr	Underskrift