FULLMAKT

Fullmaktsgivaren

Namn/Firma	Pers-/organisationsnummer	
Postutdelningsadress	Postnummer	Ort

Fullmäktigen

Namn/Firma	Pers-/organisationsnummer	
Postutdelningsadress	Postnummer	Ort

Härmed befullmäktigar jag, Fullmaktsgivaren, Fullmäktigen att för min räkning vidta följande åtgärder:

Fullmakten upphör att gälla när den återkallas dock senast den _____.

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande