

Fullmakt

Fullmaktsgivare

Namn/Firma		Telefonnummer	
Adress		Person-/Organisationsnummer	
Postnummer	Ort	Lgh nr *	

* Endast nödvändigt om applicerbart och relevant, såsom inför räknande av röstlängd på en årsstämma

Fullmäktig

Namn/Firma		Telefonnummer	
Adress		Person-/Organisationsnummer	
Postnummer	Ort		

Fullmakten avser:

Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen härmed behörighet att i mitt personnamn eller firmanamn:

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

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum och ort

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande