

**Fullmakt****Fullmaktsgivare**

Efternamn	Förnamn	
Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)		
Adress	Postnr	Ort
Telefonnummer	E-post	

**Fullmäktig**

Efternamn	Förnamn	
Personnummer (ÅÅMMDD-NNNN)		
Adress	Postnr	Ort
Telefonnummer	E-post	

**Giltighetstid**

Fullmakten är giltig från och med (ÅÅMMDD)	och upphör att gälla när den återkallas, dock senast	(ÅÅMMDD).
--	--	-----------

**Fullmakten avser**

--

**Fullmaktsgivarens underskrift**

Ort	Datum
Underskrift	
Namnförtydligande	