

FULLMAKT

VÄNLIGEN TEXTA

Fullmaktsgivare	Namn/firma: _____ Personnummer/organisationsnummer: _____
	Adress: _____
	Postnummer: _____ Ort: _____
	Telefon: _____ Telefon mobil: _____
	E-post: _____
Fullmäktig	Namn/firma: _____ Personnummer/organisationsnummer: _____
	Adress: _____
	Postnummer: _____ Ort: _____
	Telefon: _____ Telefon mobil: _____
	E-post: _____
Fullmakten avser	Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen härmed behörighet att i mitt personnamn eller firmanamn: <input type="checkbox"/> Beställa kopior av nycklar/taggar avseende lägenheten. <input type="checkbox"/> Kvittera ut nycklar/taggar avseende lägenheten. <input type="checkbox"/> Hämta ut blankett för HLU/Tillval
Fullmakten upphör	Fullmakten upphör att gälla när den återkallas, dock senast 12 månader från nedan datum.
Fullmaktsgivarens underskrift	Märsta den ____ / ____ _____ _____ Underskrift _____ Namnförtydligande
Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevittnas härmed (frivillig uppgift)	_____ Underskrift _____ Namnförtydligande _____ Underskrift _____ Namnförtydligande
Legitimation	Fullmakten ska kompletteras med legitimation på fullmaktsgivare samt fullmaktstagare.

AB SigtunaHem

Besöksadress: Stationsgatan 6A Postadress: Box 509, 195 25 Märsta, Sverige

Telefon: 08-591 796 00 Fax: 08-591 117 40 Mejl: info@sigtunahem.se Hemsida: www.sigtunahem.se