

Skickas till:

Vård- och omsorgsförvaltningen
Myndighetsutövning LSS
Norrmalmsgatan 6
851 85 Sundsvall

GENERALFULLMAKT

Fullmaktsgivare

Namn/firma		Personnummer/organisationsnummer
Adress	Postnummer, ort	Telefon

Fullmaktstagare

Namn/firma		Personnummer/organisationsnummer
Adress	Postnummer, ort	Telefon

Giltighetstid

Fullmakten är giltig	<input type="checkbox"/> till och med _____	<input type="checkbox"/> tills vidare
----------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------

Fullmakt

Härmed befullmäktigas ovan angivna person att självständigt och oinskränkt förvalta och företräda samtliga mina/våra ekonomiska intressen. Fullmäktigen får på mina/våra vägnar självständigt förhandla med myndigheter, privatpersoner och företag, träffa avtal, kvittera och uppbära medel samt vidta alla åtgärder och handlingar vilka med laga verkan kan företas av mig själv/oss själva.

Fullmakten ger inte fullmäktigen rätt att _____

Underskrift

Ort och datum	
Fullmaktsgivarens underskrift	Namnförtydligande