

FULLMAKT

Fullmaktstagare (till vem fullmakten ges):

_____ personbeteckning: _____ - _____

Fullmakt:

Den ovan nämnda personen har rätt att få information och sköta fullmaktsgivarens ärenden i Servicebranschernas arbetslöshetskassa.

Fullmakten begränsas och gäller inte för följande ärenden:

Fullmaktens giltighetstid:

____.____.____ - _____.____.____

Fullmaktsgivaren:

_____ personbeteckning: _____ - _____

Fullmaktsgivarens underskrift:

Namnförtydligande

Plats och tid
