136 000

Fullmakt

Fullmaktsgivare (medlem)	**Fullmaktstagare**
Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telefonnummer	Telefonnummer
Personnr	

Giltighetstid:

☐ Från och med tills vidare, eller tills fullmaktsgivaren återkallar fullmakten.

☐ Från och med _____till och med _____

Här ger jag fullmakt till personen ovan att:

Fullmaktsgivare (medlem)	**Fullmaktstagare**
Ort och Datum	Ort och Datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Skicka in fullmakten till: **GS a-kassa, FE 06, 938 88 Arjeplog**

Kom ihåg att återkalla fullmakten när fullmaktstagaren inte längre har rätt att ta del av dina uppgifter.