



GS ARBETSLÖSHETSKASSA  
FÖR SKOGS-, TRÄ- OCH  
GRAFISK BRANSCH

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 \_\_\_\_\_

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att:

--

Fullmaktsgivare (medlem)

Fullmaktstagare

Ort och Datum	Ort och Datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

**Skicka in fullmakten till:** GS a-kassa, FE 06, 930 88 Arjeplog

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