

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, 938 88 Arjeplog

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