



# Fuldmagt

Undertegnede (fuldmagtsgiver)

Navn: \_\_\_\_\_

CPR.-nr./CVR.-nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Postnummer og by: \_\_\_\_\_

Giver hermed

Fuldmagtshaver:

Navn: \_\_\_\_\_

CPR.-nr./CVR.-nr. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Postnummer og by: \_\_\_\_\_

Fuldmagt til at

Sagen:

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_