

## Fullmakt

(om du har någon som ska hjälpa dig med avgiftsfrågor)

Nedanstående person har fullmakt att för min räkning ...

- ta emot post i avgiftsfrågor för min räkning (exempelvis beslut och fakturor).
- företräda mig i alla frågor som rör mina avgifter.

Namn på den som ska hjälpa/företräda dig \_\_\_\_\_

Utdelningsadress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

### Underskrift av den som ger fullmakten

Ort och datum \_\_\_\_\_

Underskrift fullmaktsgivare \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

### **OBSERVERA**

**Den du ger fullmakt att hjälpa dig måste vara vidtalad och ha accepterat att ta emot den.**

Denna blankett skickar du till:

Örnsköldsviks kommun

Välfärdsförvaltningen, avgiftshandläggarna

891 88 ÖRNSKÖLDSEVIK

