



KÄRNAN
Advokatbyrå AB

GENERALFULLMAKT

FULLMAKTSGIVARE

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer, ort	Telefon

FULLMAKTSHAVARE

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer, ort	Telefon

GILTIGHETSTID

- ☐ Fullmakten är giltig till och med _____ (datum)
- ☐ Tills vidare

FULLMAKTENS OMFATTNING

Härmed befullmäktigas ovan angivna person att självständigt och oinskränkt förvalta och företräda mina ekonomiska intressen. Fullmaktshavaren får å mina vägnar självständigt förhandla med myndigheter, privatpersoner och företag, träffa avtal, kvittera och uppbära medel samt vidta alla åtgärder och handlingar med laga verkan kan företas av mig själv. Fullmakten ger därutöver rätt att sörja för min person.

UNDERSKRIFT

Ort och datum	
Fullmaktsgivarens underskrift	Namnförtydligande

BEVITTNING

Vittnes underskrift		Namnförtydligande	
Adress	Postnummer och ort	Personnummer	
Vittnes underskrift		Namnförtydligande	
Adress	Postnummer och ort	Personnummer	