

Fullmakt

Huvudman/Fullmaktsgivare

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer och ort:
Telefonnummer:	E-postadress:

Fullmäktige/Fullmaktstagare

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer och ort:
Telefonnummer:	E-postadress:

Fullmäktige är berättigad att (vänligen kryssa önskat alternativ):

- ☐ Fullmäktige är berättigad att ta del av huvudmans persondata och avtalsvillkor hos Olofströms Kraft AB.
- ☐ Fullmakten är berättigad att ta del av huvudmans persondata, fakturor och betalningsförmåga, samt ändra faktureringshantering så som leveranssätt och betalningssätt hos Olofströms Kraft AB.

Annat: _____

Giltighetsperiod: from _____ tom _____

Bevittnas

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer och ort:
Telefonnummer:	E-postadress:

Datum

Underskrift (huvudman)