

FULLMAKT

Nedanstående person har fullmakt enligt nedan att tills vidare:

- Ta emot fakturan från Ekerö kommun, sektionen för äldre och personer med funktionsnedsättning.
- Agera för min räkning i övrigt med frågor som rör mina avgifter hos Ekerö kommun, sektionen för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Fullmaktsgivare

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon mobil		E-post

Fullmaktstagare

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Telefon mobil		E-post
Relation			
<input type="checkbox"/> Anhörig		<input type="checkbox"/> Annan	

Datum: _____

Fullmaktsgivarens namnteckning

Namnförtydligande