

1. Uppgifter om fullmaktsgivaren

Förnamn och efternamn

Personbeteckning

Telefonnummer

2. Uppgifter om den befullmäktigade

Förnamn och efternamn

Personbeteckning

Adress

Postnummer

Postanstalt

Telefonnummer

3. Fullmakt
☐ Den befullmäktigade får sköta alla mina ärenden hos Aaria Arbetslöshetskassa.

☐ Den befullmäktigade får endast sköta ett visst ärende hos Aaria Arbetslöshetskassa. Fullmakten gäller:

Jag samtycker till att den befullmäktigade, för att kunna utföra sitt uppdrag, också får ta del av sekretessbelagda uppgifter.

Uppgifter om ekonomisk ställning

☐ ja

☐ nej

Hälsouppgifter

☐ ja

☐ nej

4. Fullmaktens giltighet
☐ Fullmakten gäller tills vidare.

☐ Fullmakten gäller till och med

5. Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum

Underskrift