



Handelsanställdas
arbetslöshetskassa

Medlemmens personnr: _____

FULLMAKT

Fullmaktsgivare	Fullmaktstagare/ombud
Namn	Namn
Adress	Adress
Postadress	Postadress
Telnr	Telnr
Personnr	Personnr

Giltighetstid:

- Fr o m _____ tillsvidare, eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.
- Återtagande av fullmakt fr o m _____

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att:

Ort

Datum

Fullmaktsgivarens underskrift

Blanketten sänder du i original till följande adress:
Handels a-kassa, Box 49, 631 02 ESKILSTUNA