

Fullmakt

FULLMAKTSGIVARE

Namn (Förnamn, Efternamn)	Svenskt personnummer
Adress	

FULLMAKTSTAGARE

Namn (Förnamn, Efternamn)	Svenskt personnummer
Postnummer, Ort	

Härmed befullmäktigas fullmaktstagaren att få göra uttag från mina konton hos Collector och överföra medel till av mig anvisat utbetalningskonto. Denna fullmakt gäller till dess den skriftligen återkallas. Jag förbinder mig att omgående meddela Collector om och när fullmakten upphör.

Ort, Datum

Underskrift

VIDIMERAS AV

Ort, Datum	Ort, Datum
Underskrift	Underskrift

Glöm inte att skicka med kopia av ID-handling för fullmaktsgivaren och fullmaktstagaren!

IFYLLT INTYG SKICKAS TILL:

Collector
Box 11914
404 39 Göteborg
Sverige