

Fullmakt

Fullmaktsgivare.

Namn/Företagsnamn:

Personnummer/Org.nr:

Telefonnummer:

Fullmaktstagare.

Namn/Företagsnamn:

Personnummer/Org.nr:

Telefonnummer:

Omfattning. (kryssa endast i en ruta)

- Fullmakten ska gälla för samtliga ärenden mellan fullmaktsgivaren och Klarna Bank AB (publ) samt Segoria.
- Fullmakten ska enbart gälla denna typ av ärenden mellan fullmaktsgivaren och Klarna Bank AB (publ) samt Segoria (specificera vilket/vilka ärende(n) fullmakten gäller nedan):

Giltighet. (kryssa endast i en ruta)

- Fullmakten ska vara giltig tillsvidare
- Fullmakten ska vara giltig från _____ till _____

Fullmakten upphör att gälla vid den tidpunkt då Klarna Bank AB (publ) eller Segoria fått kännedom om fullmaktsgivarens död.

Underskrift fullmaktsgivare.

Underskrift fullmaktsgivare: _____ Datum: _____