

Fullmakt

Fullmaktsgivare.

Namn/ Företagsnamn:

Personnr/ Org. nr:

Telefonnummer:

Fullmaktstagare.

Namn/ Företagsnamn:

Adress/ email:

Personnr/ Org. nr:

Telefonnummer:

Omfattning. (kryssa endast i en ruta)

- Fullmakten ska gälla för samtliga ärenden mellan fullmaktsgivaren och Klarna Bank AB (publ).
 - Fullmakten ska enbart gälla denna typ av ärenden mellan fullmaktsgivaren och Klarna Bank AB (publ)(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.

Underskrifter.

Fullmaktsgivare: _____ Datum: _____

Fullmaktstagare: _____ Datum: _____