

Opret fuldmagt til pårørende

Fuldmagtsgiver

Fulde navn

Adresse

Postnummer

By

E-mail

Telefonnummer

udsteder hermed fuldmagt til at handle på mine vegne i det omfang, som er beskrevet her i dokumentet til:

Fuldmægtig

Fulde navn

Adresse

Postnummer

By

E-mail

Telefonnummer

Jeg afgiver hermed retten til, at den fuldmægtige kan handle på mine vegne:

Ved fuldmagten gives der ret til at fuldmægtig må behandle mine debitorforhold hos Evida, som var den foretaget af mig personligt.

Ikræfttræden Fuldmagten træder i kraft, så snart den er dateret og underskrevet af fuldmagtsgiver.

Tilbagekaldelse Denne fuldmagt kan jeg til enhver tid tilbagekalde.

Jeg giver samtykke til, at Evida behandler de fremsendte data. Læs mere her: evida.dk/privatlivspolitik/

Dato

Underskrift
