

FULLMAKT

FULLMAKTSHAVARENS UPPGIFTER

För- och efternamn: _____ Personsignum: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Postanstalt: _____

Telefonnummer: _____

FULLMAKTENS INNEHÅLL

Kryssa för rätt alternativ / alternativen:

Fullmaktshavaren har rätt att sköta alla förmånsärenden på Servicebranschernas arbetslöshetskassa (t.ex. ansöka förmån, skicka dokument eller tilläggsinformation samt meddela om ändringar)

Fullmaktshavaren har rätt att sköta överklagoärenden på Servicebranschernas arbetslöshetskassa (t.ex. överklagande av beslut)

Annat, vad: _____

Fullmaktens avgränsningar: _____

FULLMAKTENS GILTIGHETSTID

Fullmakten gäller: ____ . ____ . ____ - ____ . ____ . ____

Fullmakten gäller tills vidare

FULLMAKTSGIVARENS UPPGIFTER

Förnamn och efternamn: _____

Personsignum: _____

Telefonnummer: _____

FULLMAKTSGIVARENS UNDERSKRIFT

Genom att underteckna denna fullmakt ger jag mitt samtycke till att fullmaktshavaren har rätt att få nödvändig hemlig information från Servicebranschernas arbetslöshetskassa för uträttande av ärenden (t.ex. förmånsuppgifter, information om ekonomisk status och hälsotillstånd).

Plats: _____

Datum: ____ . ____ . ____

Underskrift och namnförtydligande: