

Palvelualojen työttömyyskassa

Servicebranschernas arbetslöshetskassa



FULLMAKT

Fullmaktshavare:

_____ personsignum: _____ - _____

Jag samtycker till att fullmaktshavaren har rätt att få uppgifter som gäller fullmaktsgivaren, samt att sköta fullmaktsgivarens ärenden hos Servicebranschernas arbetslöshetskassa.

Fullmakten gäller inte följande ärenden:

Fullmaktens giltighetstid:

____.____.____ - ____:____.____

Fullmaktsgivare:

_____ personsignum: _____ - _____

Fullmaktsgivarens underskrift:

Namnförtydligande:

Plats och tid
