

## FULLMAKT

Genom att fylla i och underteckna denna blankett ger nedan angiven fullmaktsgivare fullmakt till nedanstående angiven fullmaktstagare att företräda fullmaktsgivaren i de delar som har markerats nedan med att kryssa i en eller flera rutor.

### Fullmakten ger fullmaktstagaren rätt att gentemot debiterings-/avgiftshandläggningen för Socialnämnden, Hofors kommun:

- Verka som fakturamottagare för fullmaktsgivaren
- Retroaktivt begära ut avgiftsbeslut och övriga dokument kopplade till avgiftshandläggningen avseende fullmaktsgivaren
- I samtliga frågor självständigt företräda och med laga verkan underteckna samtliga dokument i fullmaktsgivarens ställe
- Fullmakten begränsas till att inte gälla: .....
- .....

### Fullmaktens giltighet:

- Fullmakten gäller tillsvidare
- Fullmakten gäller till och med: .....

### Fullmakten återkallas:

- Fullmakten återkallas, fyll i nedan

Underskrift och datum:
Namnförtydligande:
Personnummer:

### Vid frågor ring:

**Avgiftshandläggaren 0290-77 17 39, tisdag-torsdag kl 08.30-10.30**



**Fullmaktsgivare:**

Underskrift och datum
Namnförtydligande
Personnummer
Adress
Postnummer och ort
Telefon

**Fullmaktstagare:**

Underskrift och datum
Namnförtydligande
Personnummer
Adress
Postnummer och ort
Telefon

*Alla här lämnade uppgifter samt uppgifter som hämtats in från vissa myndigheter kommer att bearbetas och lagras i arkiv eller på elektronisk väg i kommunens system under beaktande av bestämmelserna enligt Dataskyddsförordningen EU 2016/679 (GDPR).*

**Skicka fullmakten och ev. andra handlingar till:**

**Hofors kommun  
Björkbacken  
Jeanette Jansson  
813 81 HOFORS**