

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-/avgifts-handläggningen 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



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
Avgiftshandläggaren
Bistånd- och kvalite
813 81 HOFORS**