

Fullmakt

Fullmaktsgivare	Fullmaktstagare
Fullmaktsgivare/firma, för- och efternamn	Fullmaktsgivare/firma, för- och efternamn
Person-/Organisationsnummer	Person-/Organisationsnummer
Telefonnummer	Telefonnummer
Utdelningsadress	Utdelningsadress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
E-post	E-post

Fullmaktens omfattning

Giltighetstid: Från:..... Till:.....

Härmed ger jag angiven fullmaktstagare fullmakt att:

<input type="checkbox"/> Inhämta statistik över förbrukning av el och fjärrvärme	<input type="checkbox"/> Inhämta uppgifter om mitt elavtal
<input type="checkbox"/> Inhämta information om anläggning/ anläggningar	<input type="checkbox"/> Företräda mig i mina ärenden med Skellefteå Kraft AB

Underskrift

Denna fullmakt gäller ovan angiven period. Om ingen giltighetstid angivits gäller den tills den återkallas skriftligen.

.....
Fullmaktsgivare/Firmatecknares underskrift

.....
Datum

.....
Namnförtydligande