

Fullmakt

Fullmaktsgivare

Fullmaktsgivare/firma, för- och efternamn

Person-/Organisationsnummer

Telefonnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ort

E-post

Fullmaktstagare

Fullmaktstagare/firma, för- och efternamn

Person-/Organisationsnummer

Telefonnummer

Utdelningsadress

Postnummer och ort

E-post

Fullmaktens omfattning

Giltighetstid

Fullmakten är giltig i 6 månader från och med / 20.....

Under giltighetstiden kan fullmakten återkallas skriftligen.

Anläggnings-ID (Fyller du inte i ett anläggnings-ID utgår Skellefteå Kraft från att fullmakten gäller dina samtliga anläggningar)

Härmed ger jag angiven fullmaktstagare fullmakt att:

☐ Inhämta statistik över förbrukning av el och fjärrvärme

☐ Inhämta information om anläggning/ anläggningar

☐ Annat

☐ Inhämta uppgifter om mitt elavtal

☐ Företräda mig i mina ärenden med Skellefteå Kraft AB

Underskrift

Denna fullmakt gäller ovan angiven period.

.....
Fullmaktsgivare/Firmatecknares underskrift

.....
Datum

.....
Namnförtydligande

Skicka blanketten till

Skellefteå Kraft
Kanalgatan 71, 931 80 Skellefteå
Det går även bra att mejla ifyllt
blankett till kundservice@skekraft.se

