

## Fullmakt

### Du som ger fullmakt

Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer och ort	
Telefonnummer		

### Personen du ger fullmakt till

Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer och ort	
Telefonnummer		

### Vad fullmakten ska gälla för

<input type="checkbox"/> Alla mina ärenden, men jag vill fortfarande själv få information och beslut från a-kassan Det betyder att fullmaktstagaren kan föra din talan och företräda dig i alla ärenden. Vi fortsätter att skicka information och beslut till dig och inte till fullmaktstagaren.
<input type="checkbox"/> Alla mina ärenden samt information och beslut från a-kassan Det betyder att fullmaktstagaren kan föra din talan och företräda dig i alla ärenden. Det innebär också att vi skickar information och beslut till fullmaktstagaren och inte till dig.
<input type="checkbox"/> Annat, ange vad: _____ _____

### Underskrift av dig som ger fullmakt

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

**Fullmakten gäller tills vidare, spara därför en kopia av din fullmakt. Om du vill ta tillbaka fullmakten använder du kopian och fyller i uppgifterna nedan.**

### Jag vill ta tillbaka fullmakten

Jag återtar härmed den fullmakt jag tecknat ovan	
Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande