FULLMAKT

Fullmakten gäller från (år-mån-dag)	Fullmakten gäller till (år-mån-dag)	Tillsvidare ☐

FULLMAKTSGIVARE

Namn (Hyresgäst 1)	Personnummer
Telefon dagtid	E-postadress
Namn (Hyresgäst 2)	Personnummer
Telefon dagtid	E-postadress
Gatuadress	Postnummer och ort
Avtalsnummer	

HÄRMED GER JAG/VI FULLMAKT TILL

Namn	Personnummer
Telefon dagtid	E-postadress
Gatuadress	Postnummer och ort

Att företräda mig/oss i alla frågor rörande åtagande och rättigheter, såsom delgivning av uppsägning och betalningsföreläggande, hyresgästmedgivande vid ombyggnation och annat som rör den lägenhet som jag /vi förhyr med adress som ovan av Fastighets AB Förvaltaren.

Datum och ort	Datum och ort
Fullmaktsgivare (Hyresgäst 1)	Fullmaktsgivare (Hyresgäst 2)
Namnförtydligande	Namnförtydligande

OVANSTÅENDE NAMNTECKNINGS ÄKTHET BEVITTNAS

Datum och ort	Datum och ort
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Personnummer	Personnummer
Telefon dagtid	Telefon dagtid

April 2016

FASTIGHETS AB FÖRVALTAREN
Box 7510, 174 07 Sundbyberg., telefon 08-706 90 00, www.forvaltaren.se