



## Fuldmagt

CPR-nummer:	Tlf-nummer:
Navn og adresse:	
_____	_____
NAVN	E-MAIL
_____	
ADRESSE	
Jeg giver fuldmagt til:	
_____	_____
NAVN	E-MAIL
_____	
ADRESSE	
Sæt kryds	
↑ Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt til at varetage alle mine SU-forhold.	
Fuldmagten skal gælde fra ____ / ____ 20 til ____ / ____ 20	

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Bemærk venligst, at det er meget vigtigt, at du angiver i hvilken periode, fuldmagten skal være gyldig. Fuldmagten indsendes til ovennævnte adresse eller per mail.