

Insynsfullmakt

1430 | 21 mars 2016

FULLMAKTSGIVARE/OMBUD (OMBUD HAR INTE RÄTT ATT SÄTTA ANNAN I SITT STÄLLE)

Fullmaktsgivarens namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Depå-/kontonummer	Personnr/Org.nr
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Personnr/Org.nr/Samordningsnr	
Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
Postnummer Ort	Telefax (inkl. riktnr)	
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)	Personnr/Org.nr/Samordningsnr	
Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
Postnummer Ort	Telefax (inkl. riktnr)	

Om fullmaktsgivare och/eller ombud är juridisk person, ska handling (ej äldre än 6 månader) som utvisar vem som tecknar firman bifogas.

FULLMAKTENS OMFATTNING

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning erhålla uppgift om min/vår kontoställning, mitt/vårt depåinnehav och mina transaktioner hos strukturinvest Fondkommission (FK) AB: Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga mina/våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget. Fullmakten gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallas hos Bolaget. Se nedan. Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig.

FULLMAKTSGIVARENS UNDERSKRIFT/OMBUDS UNDERSKRIFTER

Ort	Fullmaktsgivarens namnunderskrift
Datum	Namnförtydligande
Ort	Ombuds namnunderskrift
Datum	Namnförtydligande
Ort	Ombuds namnunderskrif
Datum	Namnförtydligand

ÅTERKALLELSE (HÄRMED ÅTERKALLAS DENNA FULLMAKT)

Ort	Datum	Fullmaktsgivarens namnunderskrift
Inlämnad av: <input type="checkbox"/> Fullmaktsgivaren <input type="checkbox"/> Ombudet	Datum	Signatur
Legitimation (typ, nr)	Granskad och godkänd av, datum	
<input type="checkbox"/> Återkallad (Om fullmakten återlämnas skall Bolaget behålla en kopia)	Datum	Signatur