



# ENGÅNGSFULLMAKT - HSB Bospar Privatperson

<b>FULLMAKTS- GIVARE</b>	Namn	Personnummer
	Adress	Telefon arbete (även riktnr)
		Telefon bostad (även riktnr)
<b>HSB-FÖRENING</b>	Fullmakten gäller i	
<b>FULLMAKTS- HAVARE</b>	Om flera fullmaktshavare <input type="checkbox"/> var för sig <input type="checkbox"/> gemensamt	
	Namn	Personnummer
	Adress	Telefon arbete (även riktnr)
		Telefon bostad (även riktnr)
<b>FULLMAKTENS OMFATTNING</b>	Jag/Vi ger ovan angivna fullmaktshavare fullmakt att på mina/våra vägnar <ul style="list-style-type: none"><li>Ta del av bosparpoäng samt uppgift om saldo och övrig information om mitt bosparande i HSB</li></ul>	
<b>ENGÅNGS- FULLMAKTENS GILTIGHETSTID</b>	Gäller per datum	
<b>UNDERSKRIFT</b>	Datum	Datum
	Fullmaktsgivarens namnteckning	Fullmaktsgivarens namnteckning
	Fullmaktshavarens namnteckning	Fullmaktshavarens namnteckning
<b>BEVITTNING</b>	Fullmaktsgivarens/nas egenhändiga namnteckning/ar bevittnas	
	Datum	Datum
	Vittnes namnteckning	Vittnes namnteckning
	Namnförtydligande	Namnförtydligande
	Telefon dagtid (även riktnr)	Telefon dagtid (även riktnr)

## ALLMÄNNA UPPLYSNINGAR

För omyndig person ska samtliga förmyndare vara fullmaktsgivare.

Lagregler om fullmakt finns intagna i andra kapitlet avtalslagen (1915:218). Dessa innebär bl a följande:

- fullmaktens giltighetstid begränsas i tiden redan i samband med att fullmakten utfärdas och upphör att gälla efter angiven tidpunkt.
- fullmakt gäller inte efter fullmaktsgivarens eller fullmaktshavarens död.
- om fullmaktsgivaren försätts i konkurs eller träder i likvidation, inskränks normalt fullmaktens omfattning.

Fullmakten lämnas till HSB-föreningen. Fullmakten ska arkiveras i 10 år efter återkallandet.

Organisationsnummer 556501-4148

### Postadress

HSB ProjektPartner  
HSB Bospar  
Box 8310  
104 20 STOCKHOLM