



ENGÅNGSFULLMAKT - HSB Bospar Privatperson

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