

Fullmakt

Jag ger nedanstående person rätt att ta del av handlingar och information rörande ersättningsrätt och/eller medlemskap hos Byggnads a-kassa.

Förnamn		Efternamn
Adress		Postnummer och ort
Telefon	E-post	

Välj ett av alternativen

- ☐ Fullmakten gäller tillsvidare
- ☐ Fullmakten gäller till och med datum (ååmmdd):

--	--	--	--	--	--	--
- ☐ Fullmakten gäller endast för nedanstående ärende:

--

Fullmakt för ombud

Om du lämnar fullmakt för ombud genom att bocka i rutan nedan, sker alla våra kontakter i första hand med det ombud du har utsett. Är du ansluten till vår e-tjänst Mina sidor kan du se där vad vi skickat till ditt ombud.

Kontakta oss om du inte längre vill att ombudet ska företräda dig.

☐ Jag vill lämna fullmakt för ombud.

Mina uppgifter (den som ger fullmakt)

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon	E-post	
Ort och datum		
Underskrift		

Skicka din fullmakt till:

Byggnads a-kassa
FE 36
938 88 Arjeplog