

FULLMAKT

Skicka ifylld fullmakt i original till:

Handels a-kassa
Box 49
631 02 Eskilstuna

Du som ger fullmakt

Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer och ort	
Telefonnummer		

Personen du ger fullmakt till

Förnamn och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer och ort	
Telefonnummer		

Vad fullmakten ska gälla för

<input type="checkbox"/> Alla mina ärenden, men jag vill fortfarande själv få information och beslut från a-kassan Det betyder att fullmaktstagaren kan föra din talan och företräda dig i alla ärenden. Vi fortsätter att skicka information och beslut till dig och inte till fullmaktstagaren.
<input type="checkbox"/> Alla mina ärenden samt information och beslut från a-kassan Det betyder att fullmaktstagaren kan föra din talan och företräda dig i alla ärenden. Det innebär också att vi skickar information och beslut till fullmaktstagaren och inte till dig.
<input type="checkbox"/> Annat, ange vad: _____ _____

Underskrift av dig som ger fullmakt

Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande

Fullmakten gäller tills vidare, spara därför en kopia av din fullmakt. Om du vill ta tillbaka fullmakten använder du kopian och fyller i uppgifterna nedan.

Jag vill ta tillbaka fullmakten

Jag återtar härmed den fullmakt jag tecknat ovan	
Ort och datum	
Underskrift	Namnförtydligande