

Komplettering av informationsfullmakt, arbetsgivare

Datum då förmedlingsfullmakten undertecknades: Datum (åååå) - (mm) - (dd)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

”Fullmaktshavare”

Fullständigt företagsnamn Organisationsnummer

								-			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Kompletteringen avser:

- Undantag** – Personer som anges nedan ska undantas från den ovan angivna informationsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga anställda påverkas inte av denna komplettering.
- Tillägg** – Personer som anges nedan ska omfattas av den ovan angivna informationsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga anställda påverkas inte av denna komplettering.

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

									-			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

									-			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

									-			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

									-			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

									-			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Namn Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

									-			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

”Fullmaktsgivare”

Ort Datum (åååå) - (mm) - (dd)

						-			-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Fullständigt företagsnamn Organisationsnummer

								-			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Underskrift av behörig företrädare Namnförtydligande

--	--