

FULLMAKT FÖR ÖPPNA ARBETSLÖSHETSKASSAN, A-KASSAN

Uppgifter om fullmaktsgivaren

Fullmaktsgivarens namn	
Personbeteckning	

Uppgifter om den befullmäktigade personen

Den befullmäktigades namn	
Födelsedatum	
Adress	
Telefonnummer	
e-post	

Jag befullmäktigar ovan nämnda person

☐	att ta emot och lämna information för min räkning i frågor som rör ansökan om och utbetalning av dagpenning. <i>Obs! Fullmakten gäller inte ifyllnad av ansökan om dagpenning eller ändring av personuppgifter (t.ex. adressinformation, kontonummer).</i>
☐	att företräda mig i besvärsärende, beslutsnummer
☐	att få information om mitt hälsotillstånd (t.ex. sjukdomstid, pensionsansökans anhängighet)
☐	att endast sköta följande specificerade ärenden:

Fullmakten gäller

☐ en viss tid _____ - _____

☐ tills vidare, men inte mer än två (2) år efter undertecknandet.

Plats och datum	
Fullmaktsgivarens underskrift	