

Fuldmagt

Undertegnede (fuldmagtsgiver):

Navn: _____

CPR-nr./CVR-nr.: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Postnummer og by: _____

E-mail: _____

Giver hermed

Fuldmagtshaver:

Navn: _____

CPR-nr./CVR-nr.: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Postnummer og by: _____

E-mail: _____

Fuldmagt til at

Sagen:

Dato: _____

Underskrift: _____

F R E D E R I K S B E R G
K O M M U N E

