

		Depå-/kontonummer
Fullmaktsgivare		
Fullmaktsgivarens namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr

Ombud (Ombud har inte rätt att sätta annan i sitt ställe)		
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr/ Samordningsnr
Gatuadress, box eller motsvarande		Telefon dagtid (inkl. riktnr)
Telefon dagtid (inkl. riktnr)		Telefon dagtid (inkl. riktnr)
Postnummer	Ort	Telefax (inkl. riktnr)
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr/ Samordningsnr
Gatuadress, box eller motsvarande		Telefon dagtid (inkl. riktnr)
Telefon dagtid (inkl. riktnr)		Telefon dagtid (inkl. riktnr)
Postnummer	Ort	Telefax (inkl. riktnr)

Om fullmaktsgivare och/eller ombud är juridisk person, ska handling (ej äldre än 6 månader) som utvisar vem som tecknar firman bifogas.

FULLMAKTENS OMFATTNING

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning erhålla uppgift om min/vår kontoställning, mitt/vårt depå-innehav och mina transaktioner hos SIP Nordic Fondkommission AB ("Bolaget"), inklusive tidigare genomförda transaktioner. Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga mina/våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget.

Fullmakten gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallas hos Bolaget. Se nedan.

Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig.

Fullmaktsgivarens underskrift	
Ort	Datum
Fullmaktsgivarens namnunderskrift	Namnförtydligande

Ombuds underskrift	
Ort	Datum
Ombuds namnunderskrift	Namnförtydligande
Ort	Datum
Ombuds namnunderskrift	Namnförtydligande

Återkallelse (Härmed återkallas denna fullmakt)		
Ort	Datum	Fullmaktsgivarens namnunderskrift