

Återkallelse av tidigare fullmakter

Denna fullmakt ersätter av mig/oss tidigare utfärdad/e fullmakt/er Ja ☐ Nej ☐
(Om inget alternativ angivits ersätter fullmakten INTE tidigare utfärdad/e fullmakt/er.)

Fullmaktsgivare

Fullmaktsgivarens namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)

Depå-/kontonummer (om inget anges gäller fullmakten samtliga förbindelser)

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 kvällstid (inkl. riktnr)

Postnummer

Ort

E-post

Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)

Personnr/Org.nr/Samordningsnr

Gatuadress, box eller motsvarande

Telefon dagtid (inkl. riktnr)

Telefon kvällstid (inkl. riktnr)

Postnummer

Ort

E-post

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

FULLMAKTENS OMFATTNING

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning erhålla uppgift om min/vår kontoställning, mitt/vårt depåinnehav 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

Fullmaktsgivarens namnunderskrift

Datum

Namnförtydligande

Ombuds underskrift

Ort

Ombuds namnunderskrift

Datum

Namnförtydligande

Ort

Ombuds namnunderskrift

Datum

Namnförtydligande

Återkallelse (Härmed återkallas denna fullmakt)

Ort

Datum

Fullmaktsgivarens namnunderskrift