

DPA fuldmagt

Jeg, [FULDE NAVN], født den [FØDSELSDATO] med CPR-nummer [CPR-NUMMER],
hjemmehørende på [ADRESSE], giver hermed fuldmagt til [FULDE NAVN PÅ FULDMAGT
MODTAGER], født den [FØDSELSDATO PÅ FULDMAGT MODTAGER] med CPR-nummer
[CPR-NUMMER PÅ FULDMAGT MODTAGER], hjemmehørende på [ADRESSE PÅ
FULDMAGT MODTAGER].

Denne fuldmagt giver [FULD MAGT MODTAGER] ret til at handle på mine vegne i følgende
anliggender:

1. [BESKRIVELSE AF ANLIGGENDER]
2. [BESKRIVELSE AF ANLIGGENDER]
3. [BESKRIVELSE AF ANLIGGENDER]

Fuldmagten er gyldig fra [STARTDATO] og indtil [SLUTDATO], medmindre den annulleres
skriftligt af mig.

Sted: [STED]

Dato: [DATO]

[FULDE NAVN]
[UNDERSKRIFT]

[FULDE NAVN PÅ FULDMAGT MODTAGER]
[UNDERSKRIFT]