Fuldmagt til aktindsigt

Jeg, [Fulde navn], holder af CPR-nummer [CPR-nummer], bosiddende på [Adresse], giver hermed fuldmagt til [Modtagerens fulde navn], født den [Modtagerens fødselsdato], med CPR-nummer [Modtagerens CPR-nummer], bosiddende på [Modtagerens adresse], til at agere på mine vegne i relation til aktindsigt.

Denne fuldmagt giver [Modtagerens fulde navn] ret til at anmode om og modtage aktindsigt i [specificer relevante dokumenter, sager eller informationer, hvis relevant] fra [navn på institution eller virksomhed].

Fuldmagten træder i kraft den [dato] og er gyldig indtil [slutdato] eller indtil den bliver tilbagekaldt skriftligt.

[Sted], den [dato]

_____
[Underskrift]
[Navn]