

FULD MAGT

Undertegnede:

Navn: [Indsæt fuldt navn]

Adresse: [Indsæt adresse]

CPR-nummer: [Indsæt CPR-nummer]

giver hermed fuldmagt til:

Navn: [Indsæt fuldt navn]

Adresse: [Indsæt adresse]

CPR-nummer: [Indsæt CPR-nummer]

til at repræsentere mig i alle forhold vedrørende Udbetaling Danmark, herunder men ikke begrænset til:

- Ansøgning om ydelser
- Modtagelse af korrespondance
- Indgivelse af dokumentation
- Aftale om udbetalinger

Fuldmagten gælder fra [Indsæt startdato] til [Indsæt slutdato] og kan til enhver tid tilbagekaldes.

Underskrift: _____

Sted: [Indsæt sted]

Dato: [Indsæt dato]

BEKRÆFTELSE AF IDENTITET

Jeg bekræfter hermed, at ovenstående oplysninger er korrekte, og at jeg frit giver min fuldmagt.

Underskrift: _____

Navn: [Indsæt fuldt navn]

Dato: [Indsæt dato]