

Fullmakt - Coop Privatlån

Lånenummer	Fullmakt gäller från, datum
------------	-----------------------------

Fullmaktsgivare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postadress
Telefonnummer	E-postadress	

Fullmaktshavare 1

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postadress
Telefonnummer	E-postadress	

Fullmaktshavare 2

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Postadress
Telefonnummer	E-postadress	

Giltighetstid

Fullmakten gäller tills vidare från dagen för bankens godkännande av densamma och intill dess den skriftligen återkallas av fullmaktsgivaren. Fullmakten upphör att gälla när banken fått kännedom om fullmaktsgivarens död.

Dispositions rätt

Fullmaktshavaren/na ges dispositions rätt enligt nedan. Välj ett alternativ.

Var för sig Gemensamt

Allmänna upplysningar

- Fullmakten omfattar disposition av fullmaktsgivarens vid var tid aktuella engagemang i enlighet med vad som anges i fullmakten.
- Om fullmaktsgivaren försätts i konkurs eller får förvaltare förordnad för sig upphör fullmakten att gälla när banken fått kännedom om detta.
- Banken förbehåller sig rätten att avgöra om fullmakten kan godkännas.
- Fullmaktsgivaren ansvarar själv för att återkalla uttagsrätt (dispositionsrätt) som registrerats med stöd av denna fullmakt.
- Fullmakten gäller tills vidare. Återkallelse ska göras skriftligen.

Anvisningar för ifyllande

- Fullmaktsgivarens och fullmaktshavares namn, adress och personnummer anges i angivna rutor.
- Fullmaktsgivaren ska egenhändigt underteckna fullmakten.
- Fullmaktsgivarens namnteckning ska bevitnas av två personer, vilka inte får vara fullmaktshavare.
- Vittnena intygar genom sin underskrift att fullmaktsgivaren egenhändigt undertecknat fullmakten samt ska ange namnförtydligande, personnummer och telefonnummer.
- Kopia på fullmaktsgivarens och fullmaktshavares ID-handlingar ska bifogas.
- Kompletta ifyllda fullmakter ska skickas in i original till:

MedMera Bank AB
FRISVAR 20642269
171 20 Solna

Behandling av personuppgifter

De personuppgifter som lämnas till MedMera Bank i denna fullmakt hanteras inom ramen för banksekretessen och kommer att behandlas i datasystem hos banken för att möjliggöra administration av avtalet som fullmakten omfattar.

Jag ger härmed angiven/na fullmaktshavare fullmakt att på mina vägnar företräda mig avseende ovan angivet/na Coop Privatlån.

Underskrift fullmaktsgivare

Namnteckning fullmaktsgivare	Ort och datum
------------------------------	---------------

Bevittning

Namnteckning vittne 1	Namnteckning vittne 2
Namnförtydligande vittne 1	Namnförtydligande vittne 2
Personnummer vittne 1	Personnummer vittne 2
Telefonnummer vittne 1	Telefonnummer vittne 2

Bankens noteringar

Fullmakt godkänd av, signatur	Datum
Återkallelse mottagen av, signatur	Datum

Kopiera giltig ID-handling här. Kopian avser Fullmaktsgivaren.

Lägg ID-handlingen här och kopiera
tillsammans med denna blankett.

OBS! Tejpa, klistra eller häfta inte fast
en kopia av ID-handlingen.

Kopiera giltig ID-handling här. Kopian avser Fullmaktshavare 1 d.v.s. den person som erhåller fullmakten.

Lägg ID-handlingen här och kopiera
tillsammans med denna blankett.

OBS! Tejpa, klistra eller häfta inte fast
en kopia av ID-handlingen.

Kopiera giltig ID-handling här. Kopian avser Fullmaktshavare 2 d.v.s. den person som erhåller fullmakten (om fler fullmaktshavare).

Lägg ID-handlingen här och kopiera
tillsammans med denna blankett.

OBS! Tejpa, klistra eller häfta inte fast
en kopia av ID-handlingen.