

Bankfullmakt

OBS! Bifoga kopia på giltig ID-handling på fullmaktsgivare och ombud/fullmaktshavare

Du kan gärna mms:a in bild på ditt ID till 0730-12 14 74

Mobilnr. mms skickats från

Fullmaktsgivare 1

Namn/Firma		Personnr/Org.nr
Postadress		
Postnr	Ort	
Tel dagtid	Mobilnr	
E-post		

Fullmaktsgivare 2

Namn/Firma		Personnr/Org.nr
Postadress		
Postnr	Ort	
Tel dagtid	Mobilnr	
E-post		

Ombud/Fullmaktshavare 1

Namn/Firma		Personnr/Org.nr
Postadress		
Postnr	Ort	
Tel dagtid	Mobilnr	
E-post		

Ombud/Fullmaktshavare 2

Namn/Firma		Personnr/Org.nr
Postadress		
Postnr	Ort	
Tel dagtid	Mobilnr	
E-post		

Ombud/Fullmaktshavare var och en för sig Ombud/Fullmaktshavare i förening

Härmed ger jag/vi angivna ombud/fullmaktshavare fullmakt att på mina/våra vägnar hos Resurs Bank AB:

OBS! Kryssa i det som fullmakten ska omfatta

1.	<input type="checkbox"/>	Säga upp, ta ut och på annat sätt förfoga över medel på samtliga mina/våra nuvarande eller blivande konton i banken
2.	<input type="checkbox"/>	Säga upp, ta ut och på annat sätt förfoga över medel på mina/våra följande konton:
	Kontonr	Kontonr
3.	<input type="checkbox"/>	1. Uppta, förlänga eller omsätta krediter hos banken
	<input type="checkbox"/>	2. Ingå borgensförbindelser gentemot banken
4.	<input type="checkbox"/>	Få ta del av all tillgänglig information om samtliga mina/våra nuvarande eller blivande konton i banken
5.	<input type="checkbox"/>	Få ta del av all tillgänglig information om mina/våra följande konton:
	Kontonr	Kontonr

Fullmaktens giltighetstid

Giltighetstid (från och med–till och med)

Annan i ombuds ställe

<input type="checkbox"/>	Ombud får sätta annan i sitt ställe
<input type="checkbox"/>	Ombud får INTE sätta annan i sitt ställe

Denna fullmakt gäller för ovan angiven tidsperiod. Om någon giltighetstid för fullmakten inte angivits gäller den tills den av mig/oss skriftligen återkallats hos Resurs Bank AB.

Underskrift Fullmaktsgivare 1

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande

Underskrift Fullmaktsgivare 2

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande

Fullmaktsgivares egenhändiga namnteckning/namnteckningar bevittnas

För- och efternamn		Personnr	För- och efternamn		Personnr
Postadress			Postadress		
Postnr	Ort		Postnr	Ort	
Ort och datum			Ort och datum		
Namnteckning			Namnteckning		

Underskrift Ombud/Fullmaktshavare 1**Underskrift Ombud/Fullmaktshavare 2**

Ort och datum		Ort och datum	
Namnteckning		Namnteckning	
Namnförtydligande		Namnförtydligande	

Ombuds/Fullmakthavares egenhändiga namnteckning/namnteckningar bevittnas

För- och efternamn		Personnr	För- och efternamn		Personnr
Postadress			Postadress		
Postnr	Ort		Postnr	Ort	
Ort och datum			Ort och datum		
Namnteckning			Namnteckning		

Härmed återkallas tidigare fullmakt

Tidigare fullmakts datum	Tidigare ombud		Tidigare ombud
Namnteckning fullmaktsgivare		Ort och datum	

OBS! Bifoga kopia på giltig ID-handling på fullmaktsgivare och ombud/fullmaktshavare

Du kan gärna mms:a in bild på ditt ID till 0730-12 14 74