



Fuldmagt til partsrepræsentation

Jeg (= fuldmagtsgiver)

Navn:

Tlf.nr.:

Adresse:

E-mail:

Postnummer:

Cpr-nummer:

By:

Giver fuldmagt til (= fuldmagtshaver)

Navn:

Tlf.nr.:

Adresse:

E-mail:

Postnummer:

CPR/CVR-nummer:

By:

Fuldmagtshaver er min (valgfrit at beskrive relationen) _____

Personen får med denne fuldmagt lov/ret til at handle på mine vegne vedrørende min ansøgning ved Borgercenter Handicap i Københavns Kommune.

Min ansøgning handler om: _____

Vælg en af følgende (sæt kryds):

Jeg ønsker, at al korrespondance i sagen fremover kun sker med fuldmagtshaver.

Jeg ønsker, at korrespondance i sagen fremover sker med både mig og fuldmagtshaver.

Fuldmagten ophører, når sagen vedrørende din ansøgning er færdigbehandlet. Du kan når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Borgercenter Handicap.

Dato:

Fuldmagtsgivers underskrift: