



# Fuldmagt til at udfylde ansøgning

---

## Jeg (= fuldmagtsgiver)

Navn:

Tlf.nr.:

Adresse:

E-mail:

Postnummer:

Cpr-nummer:

By:

## Giver fuldmagt til (= fuldmagtshaver)

Navn:

Tlf.nr.:

Adresse:

E-mail:

Postnummer:

By:

Personen får med denne fuldmagt lov/ret til at udfylde og indsende min ansøgning til Borgercenter Handicap i Københavns Kommune på mine vegne.

Min ansøgning handler om: \_\_\_\_\_

Fuldmagten ophører, når Borgercenter Handicap har modtaget den ansøgning, som fuldmagten omhandler.

**Dato:**

**Fuldmagtsgivers underskrift:**