



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 Socialforvaltningen i Københavns Kommune.

Min ansøgning handler om: _____

Fuldmagten omfatter ansøgning om ydelsen, senere afgørelse, eventuelle opfølgninger og indhentning af nødvendige oplysninger om mig til sagsbehandlingen i Socialforvaltningen i Københavns Kommune.

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 og eventuelle opfølgninger er afsluttet. Du kan når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Socialforvaltningen i Københavns Kommune.

Dato:

Fuldmagtsgivers underskrift: