

TRANSPORTFULLMAKT

Genom denna transportfullmakt och med stöd av bifogad fullmakt, sätter undertecknad fullmaktshavare

Namn	Organisationsnummer: -
------	---------------------------

i sitt ställe.

Denna fullmakt gäller till dess den bifogade fullmakten blivit återkallad eller ersatts av ny fullmakt som kommit försäkringsgivaren till del. Denna fullmakt gäller dock längst t.o.m

Datum (år, mån, dag) - -

Undertecknad åtar sig att underrätta den ursprungliga fullmaktsgivaren om förekomsten av denna fullmakt

Fullständigt företagsnamn:	Organisationsnummer: -
----------------------------	---------------------------

Underskrift av behörig firmatecknare	Namnförtydligande
--------------------------------------	-------------------