SFM SVENSKA FÖRSÄKRINGSFÖRMEDLARES FÖRENING

# Komplettering av informationsfullmakt, arbetsgivare, koncern

**Datum då informationsfullmakten undertecknades:** Datum (åååå) - (mm) - (dd)

**”Fullmaktshavare”**

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

**Kompletteringen avser:**

☐ **Undantag** – Företag som anges nedan ska undantas från den ovan angivna informationsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga företag påverkas inte av denna komplettering.

☐ **Tillägg** – Företag som anges nedan ska omfattas av den ovan angivna förmedlingsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga företag påverkas inte av denna komplettering.

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

**”Fullmaktsgivare”**

Ort | Datum (åååå) - (mm) - (dd)

Fullständigt företagsnamn | Organisationsnummer -

Underskrift av behörig företrädare | Namnförtydligande