

Komplettering av förmedlingsfullmakt, arbetsgivare, koncern

Datum då förmedlingsfullmakten undertecknades: Datum (åååå) (mm) (dd)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

”Fullmaktshavare”

Fullständigt företagsnamn Organisationsnummer

	-							-		
--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Kompletteringen avser:

- Undantag** – Personer som anges nedan ska undantas från den ovan angivna förmedlingsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga anställda påverkas inte av denna komplettering.
- Tillägg** – Personer som anges nedan ska omfattas av den ovan angivna förmedlingsfullmakten. Fullmaktens omfattning för övriga anställda påverkas inte av denna komplettering.

Förnamn Efternamn Personnummer (ååååmmdd) (xxxx)

		-						-		
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--

Förnamn Efternamn Personnummer (ååååmmdd) (xxxx)

		-						-		
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--

Förnamn Efternamn Personnummer (ååååmmdd) (xxxx)

		-						-		
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--

Förnamn Efternamn Personnummer (ååååmmdd) (xxxx)

		-						-		
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--

Förnamn Efternamn Personnummer (ååååmmdd) (xxxx)

		-						-		
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--

Förnamn Efternamn Personnummer (ååååmmdd) (xxxx)

		-						-		
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--

”Fullmaktsgivare”

Ort Datum (åååå) (mm) (dd)

	-					-		
--	---	--	--	--	--	---	--	--

Fullständigt företagsnamn Organisationsnummer

	-							-		
--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Underskrift av behörig företrädare Namnförtydligande

--	--