

Fuldmagt

Fuldmagtsgiver

Fornavn og efternavn		CPR-nummer
Adresse		Telefonnummer
Postnummer	By	

Jeg (fuldmagtsgiver) giver hermed fuldmagt til Fuldmagtshaver

Fuldmagtshaver

Fornavn og efternavn		CPR-nummer
Adresse		Telefonnummer
Postnummer	By	

Jeg, Fuldmagtsgiver, giver hermed Fuldmagtshaver fuldmagt til at handle på mine vegne i forbindelse med mine sager, som B2 Impact A/S (CVR. nr. 27383521) administrerer. Fuldmagtshaver har ret til at indhente informationer, forhandle og indgå aftaler (herunder afdragsordninger) relateret til mine sager hos B2 Impact A/S.

Fuldmagten er gældende i 12 måneder fra dato (dd-mm-åååå): _____
Fuldmagtsgiver kan til enhver tid tilbagekalde denne fuldmagt.

Fuldmagtsgiver

Fuldmagtshaver

Dato og sted

Dato og sted

Underskrift

Underskrift