



Fullmakt älgförvaltningsgrupp

Fullmaktsgivare

Namn: Personnummer:

Fullmäktig

Namn: Personnummer:

Adress: Telefonnummer:

Postnr: Ort:

E-post:

Fullmakten avser

Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktige härmed behörighet att i mitt personnamn:

Fullmakten gäller vid mötestillfälle (datum).....

Fullmaktsgivarens underskrift:

Datum och ort

.....
Namnförtydligande: