



Fuldmagt

CPR-nummer:	Tlf-nummer:
Navn og adresse:	
_____	_____
NAVN	E-MAIL

ADRESSE	
Jeg giver fuldmagt til:	
_____	_____
NAVN	E-MAIL

ADRESSE	
Sæt kryds	
☐ Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt til at varetage alle mine SU-forhold.	
Fuldmagten skal gælde fra ____ / ____ 20 til ____ / ____ 20	

Dato _____

Underskrift _____

Bemærk venligst, at det er meget vigtigt, at du angiver i hvilken periode, fuldmagten skal være gyldig. Fuldmagten indsendes til ovennævnte adresse eller per mail.