

Fullmakt

Fullmaktsgivare		Fullmaktstagare	
Fullmaktsgivare/firma, för- och efternamn		Fullmaktstagare/firma, för- och efternamn	
Person-/Organisationsnummer	Telefonnummer	Person-/Organisationsnummer	Telefonnummer
Utdelningsadress		Utdelningsadress	
Postnummer och ort		Postnummer och ort	
E-post		E-post	

Fullmaktens omfattning

Giltighetstid

Fullmakten är giltig i 6 månader från och med /..... 20.....
Under giltighetstiden kan fullmakten återkallas skriftligen.

Anläggnings-ID:

Härmed ger jag angiven fullmaktstagare fullmakt att:

<input type="checkbox"/> Inhämta statistik över förbrukning av el och fjärrvärme	<input type="checkbox"/> Inhämta uppgifter om mitt elavtal
<input type="checkbox"/> Inhämta information om anläggning/ anläggningar	<input type="checkbox"/> Företräda mig i mina ärenden med Skellefteå Kraft AB
<input type="checkbox"/> Annat	

Underskrift

Denna fullmakt gäller ovan angiven period.

.....
Fullmaktsgivare/Firmatecknares underskrift

.....
Datum

.....
Namnförtydligande

Skicka blanketten till

Skellefteå Kraft
Kanalgatan 71, 931 80 Skellefteå
Det går även bra att mejla ifyllt
blankett till kundservice@skekraft.se

