

Fullmaktsgivare/ombud (Ombud har inte rätt att sätta annan i sitt ställe)

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------|
| För- och efternamn/Firma (fullständigt namn) | Depå-/kontonummer | Personnr/Org.nr |
| Bolag | Org.nr | |
| Ombuds för- och efternamn/Firma (fullständigt namn) | Personnr/Org.nr/Samordningsnr | |
| Gatuadress, box eller motsvarande | | Telefon |
| Postnr och ort | | |

Om fullmaktsgivare och/eller ombud är juridisk person, ska handling (ej äldre än 6 månader) som utvisar vem som tecknar firman bifogas.

Fullmaktens omfattning

Ovanstående angivna ombud skall registreras som rådgivare på min/vår depå.

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning erhålla uppgift om min/vår kontoställning, mitt/vårt depåinnehav och mina/våra transaktioner hos Strivo AB ("Bolaget"). Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga mina/våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget. Denna fullmakt ersätter eventuella tidigare utställda insynfullmakter för rådgivare, som härmed återkallas. Fullmakten gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallas hos Bolaget.

Fullmaktsgivarens underskrift/ombuds underskrifter

| | |
|-------|-----------------------------------|
| Ort | Fullmaktsgivarens namnunderskrift |
| Datum | Namnförtydligande |
| Ort | Ombuds namnunderskrift |
| Datum | Namnförtydligande |

Återkallelse (härmed återkallas denna fullmakt)

| | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| Ort | Datum | Fullmaktsgivarens namnunderskrift |
| Inlämnad av: <input type="checkbox"/> Fullmaktsgivaren <input type="checkbox"/> Ombudet | Datum | Signatur |
| Legitimation (typ, nr) | Granskad och godkänd av, datum | |
| <input type="checkbox"/> Återkallad (Om fullmakten återlämnas skall Bolaget behålla en kopia) | Datum | Signatur |