

Fullmaktsgivare

För- och efternamn/Firma (fullständigt namn)	Depånummer	Personnr/org.nr/samordningsnr
--	------------	-------------------------------

Ombud

För- och efternamn/Firma (fullständigt namn)	Personnr/org.nr/samordningsnr	
Gatuadress, box eller motsvarande	Ort	Postnummer
Telefon	Telefax (även riktnummer)	E-post

Härmed ger jag/vi ovan angivet ombud fullmakt att för min/vår räkning

- Erhålla uppgift om min/vår Kontoställning och mitt/vårt Depåinnehav hos Strivo AB;
- Förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper och andra rättigheter

Fullmakten gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallas hos Strivo AB.

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort / datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------------	-------------	-------------------

Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevitnas

Underskrift	Underskrift		
Namnförtydligande	Namnförtydligande		
Gatuadress, box eller motsvarande	Gatuadress, box eller motsvarande		
Postnummer	Ort	Postnummer	Ort
Telefon	Telefon		

Ombudets underskrift

Ombudets namnunderskrift	Ort och datum
--------------------------	---------------

Namnförtydligande

Glöm inte att bifoga vidimerad ID-kopia.