

Fullmaktsgivare

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

Ombud

För- och efternamn/Företag (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 dagtid	Telefon

Ombudets underskrift

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

Namnförtydligande

Glöm inte att bifoga vidimerad ID-kopia.