

MANGOLD

FULLMAKT DÖDSBO

Dödsboet efter (den avlidnes namn)	Personnummer
------------------------------------	--------------

FULLMAKTSGIVARE (Dödsbodeläggare)	Namn (efternamn, förnamn) / Firma (fullständigt namn)	Person-/samordnings-/org.nr
--------------------------------------	---	-----------------------------

Utdelningsadress	Ortsadress (postnummer, ortsnamn)	Telefonnummer (inkl. riktnr)
------------------	-----------------------------------	------------------------------

OMBUD	Namn (efternamn, förnamn) / Firma (fullständigt namn)		Person-/samordnings-/organisationsnummer
	Utdelningsadress (gata, box el motsvarande)	Postnr	Ort
	Tel. dagtid (även riktnr.)	Telefax (även riktnr.)	E-post adress

HÄRMED GER JAG/ VI OVAN ANGIVET OMBUD FULLMAKT ATT FÖRETRÄDA MIG/OSS OCH FÖR MIN/VÅR RÄKNING HANTERA ALLA ANGELÄGENHETER SOM RÖR DÖDSBOET. **DET INNEBÄR BLAND ANNAT RÄTT ATT:**

- | | |
|---|--|
| A Erhålla uppgift om min/vår kontoställning och mitt/ vår depåinnehav hos Bolaget; | D Ta emot och kvittera penningmedel, värdehandlingar och annat som kan tillkomma dödsboet; |
| B Avsluta dödsboets samtliga konton samt övriga tjänster; | E I övrigt vidta åtgärder förvaltning och avveckling av dödsboets tillgångar; |
| C Sälja, överlåta och förfoga över värdepapper och andra rättigheter (t ex aktieoptioner och andelar i fonder); | F Ta hand om och kvittera ut min arvslott eller testamentslott. |

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

FULLMAKTSGIVARENS UNDERSKRIFT (Kunden)	Ort	Fullmaktsgivarens underskrift
	Datum	Namnförtydligande

BEVITTNING Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevittnas (obligatorisk uppgift)	Namnunderskrift		Namnunderskrift	
	Namnförtydligande		Namnförtydligande	
	Gatuadress, box eller motsvarande		Gatuadress, box eller motsvarande	
	Postnr	Ort	Postnr	Ort
	Telefon dagtid (även riktnr)		Telefon dagtid (även riktnr)	

Ort	Ombudets underskrift
Datum	Namnförtydligande