

MANGOLD

INSYNSFULLMAKT

Depå-/kundnr

INSYNSFULLMAKT

Denna fullmakt skall i original förvaras hos Mangold Fondkommission AB (*Bolaget*) med org.nr 556585-1267.

Fullmaktsgivare (*kunden*)

Namn (efternamn, förnamn) / Firma (fullständigt namn)	Person- / Samordnings- / Org.nr
---	---------------------------------

Ombud

Namn (efternamn, förnamn) / Firma (fullständigt namn)	Person- / Samordnings- / Org.nr
Gatuadress, box eller motsvarande (folkbokföringsadress/reg. adress)	Postnr / Ort
Tel dagtid (<i>inkl riktnr</i>)	Telefax (<i>inkl riktnr</i>)
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 Bolaget. Ombudet har inte rätt att för min/vår räkning förvärva, avyttra eller på annat sätt förfoga över värdepapper eller andra rättigheter och tillgångar.

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

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort / Datum	
Fullmaktsgivarens underskrift	Namnförtydligande

Ombudets underskrift

Ort / Datum	
Ombudets underskrift	Namnförtydligande