



# Fullmakt till Hälsovårdens arbetslöshetskassa

## Uppgifter om fullmaktsgivaren

Fullmaktsgivarens namn

Personbeteckning

## Uppgifter om fullmaktshavaren

Fullmaktshavarens namn

Födelsedatum

Adress

Telefonnummer

Organisation som fullmaktshavaren representerar (*vid behov*)

## Jag befullmäktigar ovan nämnda person

att få och lämna information å mina vägnar i alla ärenden som rör ansökan om och utbetalning av dagpenning

att få och lämna information å mina vägnar i återkravsärenden

att företräda mig i besvärssärende, beslutsnummer:

att endast sköta följande specificerade ärenden:

## Fullmakten gäller

en viss tid, tills

tills vidare

Ort och datum

Fullmaktsgivarens underskrift