

		Depå-/kontonummer (om inget anges gäller fullmakten samtliga förbindelser)
Fullmaktsgivare		
Fullmaktsgivarens namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr

Ombud (Ombud har inte rätt att sätta annan i sitt ställe)		
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr/Samordningsnr
Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
Postnummer	Ort	Telefax (inkl. riktnr)
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr/Samordningsnr
Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
Postnummer	Ort	Telefax (inkl. riktnr)

Om fullmaktsgivare och/eller ombud är juridisk person, ska handling (ej äldre än 6 månader) som utvisar vem som tecknar firman bifogas.

FULLMAKTENS OMFATTNING

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning erhålla uppgift om min/vår kontoställning, mitt/vårt depåinnehav och mina transaktioner hos SIP Nordic Fondkommission AB ("Bolaget"), inklusive tidigare genomförda transaktioner.

Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga mina/våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget. Fullmakten gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallas hos Bolaget. Se nedan.

Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig.

Fullmaktsgivarens underskrift	
Ort	Fullmaktsgivarens namnunderskrift
Datum	Namnförtydligande

Ombuds underskrift	
Ort	Ombuds namnunderskrift
Datum	Namnförtydligande
Ort	Ombuds namnunderskrift
Datum	Namnförtydligande

Återkallelse (Härmed återkallas denna fullmakt)		
Ort	Datum	Fullmaktsgivarens namnunderskrift