**Fullmakt**

**Fullmaktsgivare** (den som ger fullmakt)

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Personnummer: |
| Adress: | Postnummer & ort: |
| Telefonnummer: | Underskrift: |

**Fullmaktstagare/fullmäktig** (den som får fullmakt)

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Personnummer: |
| Adress: | Postnummer & ort: |
| Telefonnummer: | Underskrift: |

**Gilltlighetstid** (hur länge skall fullmakten gälla)

|  |
| --- |
| Fullmakten gäller 2023-12-11 |

**Fullmakt** (vad fullmakten gäller)  
Undertecknad fullmaktsgivare ger fullmäktigen rätt att i mitt namn:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Företräda mig och rösta på den extra årsstämman i Särö IK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_