

FULLMAKT

För vårdnadshavare

Härmed ger jag fullmakt till

(Fullmaktstagarens fullständiga namn & personnummer)

att, för mitt minderåriga barns räkning inhämta och utbyta information angående uppgifter rörande dennes ekonomi, ingå ackordsuppgörelse samt upprätta avbetalningsplan avseende ärenden som hanteras av Visma Amili AB.

Uppgifter om den minderåriga:

(Fullständigt namn & personnummer)

För vårdnadshavare:

(Ort, datum)

(Fullmaktsgivarens underskrift)

(Fullmaktsgivarens namnförtydligande)

(Fullmaktsgivarens personnummer)

Fullmakten upprättas skriftligen och en digital kopia skickas per e-post till fullmakt@amili.se.