

Föräldrafullmakt

Denna fullmakt ska i original förvaras hos Garantum Fondkommission AB, nedan kallat Bolaget.



Depånummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ankom (ifylles av Garantum)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DEPÅINNE-
HAVARE**

Namn (efternamn, tilltalsnamn)	Personnummer
--------------------------------	--------------

**VÅRD-
NADS-
HAVARE 1**

Namn (efternamn, tilltalsnamn)		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box eller motsvarande)		E-post
Postnummer	Ort	Land (utom Sverige)
Telefon dagtid (även riktnummer)	Telefon kvällstid	Telefax

**VÅRD-
NADS-
HAVARE 2**

Namn (efternamn, tilltalsnamn)		Personnummer
Utdelningsadress (gata, box eller motsvarande)		E-post
Postnummer	Ort	Land (utom Sverige)
Telefon dagtid (även riktnummer)	Telefon kvällstid	Telefax

Envar av undertecknade vårdnadshavare för depåinnehavaren ger härmed den andre vårdnadshavaren fullmakt att på ovannämnda Depå-/konto hos Bolaget:

- A. Förvärva, avyttra eller eljest förfoga över värdepapper och andra rättigheter (såsom aktieoptioner, ränteoptioner, aktiefondoptioner och andelar i aktiefonder);
- B. Uppsäga, uttaga och kvittera penningmedel, värdepapper och annat varöver jag/vi eljest må förfoga över hos Bolaget.

Denna fullmakt gäller tills den återtagits av någon av oss eller dessförinnan skriftligen återkallats hos Bolaget, se nedan.

**UNDER-
SKRIFT**

VÅRDNADSHAVARE 1 & 2

Ort, datum	Underskrift - Vårdnadshavare 1	Namnförtydligande
Ort, datum	Underskrift - Vårdnadshavare 2	Namnförtydligande

**ÅTER-
KALLANDE
AV FULL-
MAKT**

VÅRDNADSHAVARE 1 & 2

Ort, datum	Underskrift - Vårdnadshavare 1	Namnförtydligande
Ort, datum	Underskrift - Vårdnadshavare 2	Namnförtydligande

PERSONBEVIS FÖR BARNET MED STYRKANDE AV VÅRDNADSHAVARE SKALL BIFOGAS.