

# Fullmakt

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

Depånummer

Ankom (ifylles av Garantum)

**FULL-  
MAKTS-  
GIVARE  
DEPÅINNE-  
HAVARE**

Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma (fullständigt namn)	Person-/Organisationsnummer
--	-----------------------------

HÄRMED GER JAG/VI NEDAN ANGIVET OMBUD FULLMAKT ATT FÖR MIN/VÅR RÄKNING\*

- A. Erhålla uppgift om min/vår kontoställning och mitt/vårt depåinnehav hos Bolaget;  
B. Förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper och andra rättigheter (såsom aktieoptioner, aktiefondsoptioner och andelar i aktiefonder);  
C. Uppsäga, uttaga och kvittera penningmedel, värdepapper och annat varöver jag/vi eljest förfoga hos Bolaget.

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. Ombud får inte sätta annan i sitt ställe.

\*) Fullmakten kan endast inskränkas i vad avser rätten till uttag hos Bolaget. För sådan inskränkning skall punkten C strykas.

**UNDER-  
SKRIFT****FULLMAKTSGIVARE**

Ort, datum	Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift	Namnförtydligande
------------	--	-------------------

**OMBUD**

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

**UNDER-  
SKRIFT****OMBUD**

Ort, datum	Ombudets underskrift	Namnförtydligande
------------	----------------------	-------------------

**ÅTERKAL-  
LANDE AV  
FULLMAKT**

Ort, datum	Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift	Namnförtydligande
------------	--	-------------------