

Insynsfullmakt

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 RÅKNING*) Erhålla uppgift om min / vår kontoställning och mitt / vårt depåinnehav hos Bolaget.		

UNDER- SKRIFT	FULLMAKTSGIVARE/DEPÅINNEHAVARE		
	Datum	Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift	Namnförtydligande

OMBUD	Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma (fullständigt namn)		Person-/organisationsnummer
	Utdelningsadress (gata, box eller motsvarande)		E-post
	Postnummer	Ort	Land (utom Sverige)
	Telefon dagtid (även riktnummer)		Telefon kvällstid
			Telefax
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. Om firma angivits som ombud åligger det ombudet att tillse att Bolaget skriftligen hålls uppdaterad avseende förteckning av behöriga firmatecknare.			

UNDER- SKRIFT	OMBUD		
	Datum	Ombudets underskrift	Namnförtydligande

ÅTERKAL- LANDE AV FULLMAKT			
	Datum	Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift	Namnförtydligande