

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.

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

Full-
makts-
tagare/
ombud

Namn (efternamn, tilltalsnamn) / Firma (fullständigt namn)

Person-/organisationsnummer

Ombudet representeras av den anställde

Personnummer

Utdelningsadress (gata, box eller motsvarande)

E-post

Postnummer

Ort

Land (utom Sverige)

Telefon dagtid (även riktnummer)

Telefon kvällstid

Telefax

OBS! Bifoga vidimerad ID-kopia samt blanketten "PEP - person i politisk utsatt ställning" för fullmaktstagare.

Fullmakten gäller tills den av oss skriftligen återkallas hos Bolaget, se nedan. Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig.

Om ombudet är en juridisk person kan ombudet utse annan anställd än ovan nämnd. Ombudet får inte sätta annan i sitt ställe. Om firma angivits som ombud åligger det ombudet att tillse att Garantum Fondkommission skriftligen hålls uppdaterad avseende förteckning av behöriga firmatecknare.

Under-
skrift

OMBUD

Ort, datum

Ombudets underskrift

Namnförtydligande

Återkal-
lande av
fullmakt

Ort, datum

Fullmaktsgivarens/depåinnehavarens underskrift

Namnförtydligande