

Fullmakt till Hälsovårdens arbetslöshetskassa

Uppgifter om fullmaktsgivaren

Fullmaktsgivarens namn

Personbeteckning

Uppgifter om fullmaktshavaren

Fullmaktshavarens namn

Födelsedatum

Adress

Telefonnummer

Organisation som fullmaktshavaren representerar (*vid behov*)

Jag befullmäktigar ovan nämnda person

att få och lämna information å mina vägnar i alla ärenden som rör ansökan om och utbetalning av dagpenning

att få och lämna information å mina vägnar i återkravsärenden

att företräda mig i besvärssärende, beslutsnummer:

att endast sköta följande specificerade ärenden:

Fullmakten gäller

en viss tid, tills

tills vidare

Ort och datum

Fullmaktsgivarens underskrift