FULLMAKT

Till privatperson

Undertecknad ger härmed nedanstående person/personer fullmakt att för min räkning

☐ Teckna avtal om kontokredit med PayEx Credit AB. Avtalet ger mig möjlighet att delbetala läkemedel och andra varor som har köpts på ett apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning.
☐ Begära att inköp som gjorts på apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning ska delbetalas via min kontokredit hos PayEx Credit AB.

Fullmakten skall gälla för nedanstående person/personer

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror)	Förnamn	Efternamn
| | | | | | – | | | |		
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror)	Förnamn	Efternamn
| | | | | | – | | | |		
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort

Giltlighet

Kryssa endast ett alternativ

☐ Fullmakten gäller tills den återkallas skriftligen ☐ Fullmakten gäller till och med datum _

Fullmaktsgivare

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror)	Förnamn	Efternamn
| | | | | | – | | | |		
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort
Telefon vid eventuell kontakt (även riktnummer)		
Ort:	Datum:	
Fullmaktsgivarens Namnteckning		

_ _