# Fullmakt till samfällighetstämma 2014 Hälsovårdens samfällighetsförening

|  |  |
| --- | --- |
| **Fullmaktsgivaren**: [Förnamn Efternamn][Personnummer][Adress][Telenummer och e-post] | **Fullmäktigen**: [Förnamn Efternamn][Personnummer][Adress][Telenummer och e-post] |

Härmed ger jag [Förnamn Efternamn] (Fullmaktsgivaren), [Förnamn Efternamn] (Fullmäktigen), rätt att självständigt för min räkning företräda mig under stämman

Denna generalfullmakt gäller under ordinarie årsstämma 2014 för Hälsovårdens samfällighetsförening

Ort och datum: [Ort och datum]

|  |
| --- |
| Fullmaktsgivarens:Namnteckning:…………………………Namnförtydligande: [Förnamn Efternamn] |

Bevittnas av

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………