

OMBUDSFULLMAKT

Blanketten är till för dig som vill att någon annan ska företräda dig gentemot SMÅÅ. Den andra personen är då ditt ombud.

Uppgifter om fullmaktsgivare

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

Uppgifter om ombud

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Postadress	Postnummer	Postort

Fullmaktsgivaren ger härmed ombudet fullmakt att föra min talan i ärenden hos Småföretagarnas Arbetslöshetskassa samt vid överklaganden av ärenden till domstol eller annan högre instans.

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum	Namnsteckning
-------	---------------