

SEKRETESSFULLMAKT

Blanketten är till för dig som vill att någon annan ska få veta uppgifter om ditt ärende

Fullmaktsgivaren

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

Fullmaktstagaren

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer
Postadress	Postnummer	Postort

Fullmaktsgivaren samtycker härmed till att fullmaktstagaren får ta del av alla uppgifter som finns hos Småföretagarnas Arbetslöshetskassa och som rör fullmaktsgivaren.

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------