



Fullmakt

Namn

Personnummer

Härmed ger jag _____
följande person fullmakt att företräda mig i ärende som rör min/mina

Ansökan

Pågående Insatser

Hyror/Avgifter

Namn _____ Personnummer _____

Relation _____ Telefonnummer _____

Fullmakten gäller tills vidare, men kan när som helst återtas.
För att återta fullmakten kontaktas Biståndsenheten

Datum _____

Sökandens underskrift

Fullmakten skickas till:

Biståndsenheten
Trollhättans Stad
Box 981
461 29 TROLLHÄTTAN