



FULLMAKT – Mina Sidor Bank-ID näringsidkare

Fullmaktsgivare (företag/organisation)

Namn _____

Kundnummer: _____

Person/Org Nummer _____

Adress _____

Fullmaktshavare (anställd)

Namn _____

Personnummer _____

Befattning _____

Telefon/E-post _____

Omfattning

Fullmakten ger ovanstående person rätt att via Bank-ID ta del av företagets eller organisationens mina sidor på Skara Energi AB. Fullmakten omfattar inloggning, åtkomst till rapporter, fakturor och statistik samt informationsdelgivande i kontakt med Skara Energi.

Ansvar och giltighet

Företaget/organisationen ansvarar för att meddela Skara Energi AB om fullmakten ska återkallas eller ändras. Återkallelse sker skriftligen via e-post till kundtjanst@skaraenergi.se.

Underskrifter

Fullmaktshavare

Jag accepterar fullmakten och är medveten om att inloggning sker med mitt personliga Bank-ID

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Datum _____

Fullmaktsgivare (VD/Firmatecknare)

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Datum _____

