

# Fullmakt för sparkonto



- Denna fullmakt gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallats hos Bolaget.
- Denna fullmakt ersätter av mig/oss tidigare utfärdad/e fullmakt/er  
Ja ☐ Nej ☐  
(Om inget alternativ angivits ersätter fullmakten tidigare utfärdad/e fullmakt/er.)

|                                                              |                                                                            |                               |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                                                              | Depå-/kontonummer                                                          |                               |
| Fullmaktsgivare                                              | Fullmaktsgivarens namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn) |                               |
|                                                              | Personnr/Org.nr/Samordningsnr                                              |                               |
| Ombud<br>(Ombud har inte rätt att sätta annan i sitt ställe) | Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)                                      |                               |
|                                                              | Personnr/Samordningsnr                                                     |                               |
|                                                              | Gatuadress, box eller motsvarande                                          | Telefon dagtid (inkl. riktnr) |
|                                                              | Telefon kvällstid (inkl. riktnr)                                           |                               |
|                                                              | Postnummer                                                                 | Ort                           |
|                                                              | Medborgarskap (utom svenskt)                                               |                               |
|                                                              | Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)                                      |                               |
|                                                              | Personnr/Samordningsnr                                                     |                               |
|                                                              | Gatuadress, box eller motsvarande                                          | Telefon dagtid (inkl. riktnr) |
|                                                              | Telefon kvällstid (inkl. riktnr)                                           |                               |
|                                                              | Postnummer                                                                 | Ort                           |
|                                                              | Medborgarskap (utom svenskt)                                               |                               |

Om fullmaktsgivare och / eller ombud är juridisk person, skall handling (ej äldre än 3 månader) som utvisar vem som tecknar firman bifogas.

## Fullmaktens omfattning

Det är inte tillåtet att stryka eller lägga till behörigheter i denna fullmakt.

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning.

1. Ingå och sluta avtal om sparkonto hos Nordnet Bank AB, Bolaget, med därtill hörande särskilda avtal (såsom t.ex. autogiro);
2. Erhålla uppgift om min/vår kontoställning hos Bolaget;
3. Uttaga, kvittera samt i övrigt förfoga över penningmedel på sparkontot;
4. Uttavita eget användarnamn och lösenord för åtkomst och förfogande över sparkontot via internet.

5. Erhålla, lämna och löpande uppdatera sådana uppgifter om mig som Bolaget från tid till annan kräver för att uppnå kundkännedom enligt tillämpliga regler.

Denna fullmakt gäller för ovan angivet kontonummer. Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig.

|                                       |                                                                                                                                                       |                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Fullmakts-<br>givarens<br>underskrift | Ort                                                                                                                                                   | Fullmaktsgivarens namnunderskrift |
|                                       | Datum                                                                                                                                                 | Namnförtydligande                 |
| Ombuds<br>underskrifter               | Ort                                                                                                                                                   | Ombuds namnunderskrift            |
|                                       | Datum                                                                                                                                                 | Namnförtydligande                 |
|                                       | Ort                                                                                                                                                   | Ombuds namnunderskrift            |
|                                       | Datum                                                                                                                                                 | Namnförtydligande                 |
| Bolagets<br>noteringar                | Inlämnad av: <input type="checkbox"/> Fullmaktsgivaren <input type="checkbox"/> Ombudet                                                               | Datum Signatur                    |
|                                       | ID-handling bifogad<br><input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> ID-kort <input type="checkbox"/> Annan | Granskad och godkänd av, datum    |
|                                       | <input type="checkbox"/> Återkallad (Om fullmakten återlämnas skall Bolaget behålla en kopia)                                                         | Datum Signatur                    |