

FULLMAKT

Härmed ger jag fullmakt till

(namn, personnummer)

att i mitt namn och för min räkning inhämta och utbyta information angående uppgifter rörande min ekonomi, ingå ackordsuppgörelse samt upprätta avbetalningsplan avseende ärenden som hanteras av Visma Financial Solutions AB

(ort, datum)

(underskrift)

(namnförtydligande)

(personnummer)

Fullmakten skickas i original till:
Visma Financial Solutions AB
Box 1173
251 11 Helsingborg

