

# Fullmakt

## Fullmaktsgivare / innehavare av skuld

För- och efternamn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

## Fullmaktshavare / Befullmäktigad

För- och efternamn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

Undertecknad fullmaktsgivare ger härmed ovan angiven fullmaktshavare behörighet att ta del av samtliga uppgifter om de skulder jag har hos Legalis Inkasso och Sileo Kapital (org nr 556878-6403). Fullmaktshavaren har även rätt att förhandla och träffa nya uppgörelser och avtal om min skuld som är till fördel för fullmaktsgivaren. Det kan gälla uppgörelser om avbetalningsplan, slutbetalning, anstånd och ackord.

Fullmakten gäller tillsvidare och upphör att gälla om fullmaktsgivaren återkallar den.

JA

Fullmakten gäller fr.o.m- tom

## Fullmaktsgivarens / låntagarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum och ort

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Fullmaktsgivarens egenhändiga underskrift bevittnas härmed:

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Skicka din fullmakt till:

Legalis Inkasso bifirma till Sileo Kapital AB  
Mailbox 1801  
411 41 Göteborg