

Fullmakt

LEGALIS INKASSO

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 i 12 månader från undertecknande

Fullmakten gäller t.o.m

--	--

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