



**BO-VEST**  
Boligsamarbejdet på Vestegnen

## Fuldmagt

Jeg:

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Navn             |               |
| Adresse          |               |
| Postnummer og by |               |
| E-mail-adresse   | Telefonnummer |
| CPR-nummer       |               |

Giver hermed:

Fuldmagtshaver:

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Navn             |               |
| Adresse          |               |
| Postnummer og by |               |
| E-mail-adresse   | Telefonnummer |
| CPR-nummer       |               |

Fuldmagt til at:

Beskriv sagen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Dato og underskrift:

---