

FULLMAKT

Vårdnadshavare till barn



Undertecknad ger härmed nedanstående person/er fullmakt att för min räkning gällande mitt barn

- Teckna avtal om kontokredit med PayEx Credit AB. Avtalet ger mig möjlighet att delbetala läkemedel och andra varor till barn som har köpts på ett apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning.
- Begära att inköp till barn som gjorts på ett apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning ska delbetalas via min kontokredit hos PayEx Credit AB.

Fullmakten skall gälla för nedanstående person/personer

| | | |
|--|--------------------|-----------|
| Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror) | Förnamn | Efternamn |
| Boxadress/Gatuadress | Postnummer och ort | |
| Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror) | Förnamn | Efternamn |
| Boxadress/Gatuadress | Postnummer och ort | |

Gällande mitt/mina barn

| | | |
|--|---------|-----------|
| Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror) | Förnamn | Efternamn |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Giltighet

- Fullmakten gäller tills den återkallas skriftligen. Fullmakten gäller till och med datum _____

Fullmaktsgivare och vårdnadshavare

| | | |
|--|--------------------|-----------|
| Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror) | Förnamn | Efternamn |
| Boxadress/Gatuadress | Postnummer och ort | |
| Telefon vid eventuell kontakt (även riktnummer) | | |
| Ort: | Datum: | |
| Fullmaktsgivarens Namnteckning | | |
| ----- | | |