



**Nyborg**  
KOMMUNE

## Fuldmagt partsrepræsentation

Undertegnede (fuldmagtsgiver):	
Navn:	Tlf.nr.
Adresse:	E-mail:
Postnummer:	Cpr-nummer:
By:	

  

giver fuldmagt til (fuldmagtshaver):	
Navn:	Tlf.nr.
Adresse:	E-mail:
Postnummer:	Cpr-nummer:
By:	

Personen får med denne fuldmagt lov/ret til at tage sig af hele min sag i Socialafdelingen vedr.: \_\_\_\_\_

Ovenstående person er min partsrepræsentant og handler nu på mine vegne.

Jeg ved, at al korrespondance fra Socialafdelingen fremover sker til min partsrepræsentant(fuldmagtshaver).

Fuldmagten bortfalder, når Socialafdelingen har afsluttet denne sag, eller hvis jeg trækker fuldmagten tilbage. Jeg kan når som helst trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Socialafdelingen.

Underskrift	
Dato	Underskrift

Fuldmagten træder i kraft, når Socialafdelingen modtager fuldmagten udfyldt og underskrevet.

Fuldmagten kan sendes elektronisk via sikker post. Dette kan gøres via digital post på borger.dk.

Fuldmagten kan også sendes til vores postadresse: Socialafdelingen - Nyborg Kommune, Ringvej 3,5800 Nyborg.