

**Befullmäktigande**

Härmed befullmäktigas	Organisationsnummer
-----------------------	---------------------

Härmed befullmäktigas (fullmaktshavaren) att från PRI Pensions- och stiftelsetjänst AB inhämta information som vi själva (fullmaktsgivaren) är personuppgiftsansvarig för om våra anställdas och tidigare anställdas pensionsförmåner.

PRI Pensions- och stiftelsetjänst AB sköter på uppdrag av fullmaktsgivaren administration av företagets pensioner i egen regi.

Följande person/er anställda hos fullmaktshavaren har rätt att inhämta uppgifter enligt denna fullmakt:

Namn
Namn
Namn

Denna fullmakt gäller i \_\_\_\_\_ dagar från utfärdandet (max 365 dagar), såvida den inte återkallas dessförinnan.

**Underskrift**

Ort	Datum
Företagets namn	Organisationsnummer
Underskrift av behöriga firmatecknare 1, enligt registreringsbevis (Fullmaktsgivare)	
Namnförtydligande	
Underskrift av behöriga firmatecknare 2, enligt registreringsbevis (Fullmaktsgivare)	
Namnförtydligande	