

# Insynsfullmakt

FULLMAKTSGIVARE/OMBUD (Ombud har inte rätt att sätta annan i sitt ställe)		Depå-/kontonummer
Fullmaktsgivarens namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr/Samordningsnr
Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
Postnummer Ort		Telefax (inkl. riktnr)
Ombuds namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma (fullständigt namn)		Personnr/Org.nr/Samordningsnr
Gatuadress, box eller motsvarande	Telefon dagtid (inkl. riktnr)	Telefon kvällstid (inkl. riktnr)
Postnummer Ort		Telefax (inkl. riktnr)

Om fullmaktsgivare och/eller ombud är juridisk person, ska handling (ej äldre än 6 månader) som utvisar vem som tecknar firman bifogas.

## FULLMAKTENS OMFATTNING

Härmed lämnar jag/vi ovan angivna ombud fullmakt att för min/vår räkning erhålla uppgift om min/vår kontoställning, mitt/vårt depåinnehav och mina transaktioner i strukturerade produkter hos Strukturinvest Fondkommission (FK) AB:

Om ej särskilt depå-/kontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga mina/våra nuvarande och blivande depåer/konton hos Bolaget. Fullmakten gäller tills den av mig/oss skriftligen återkallas hos Bolaget. Se nedan.

Om två eller flera personer angivits som ombud gäller fullmakten för dem var för sig.

## FULLMAKTSGIVARENS UNDERSKRIFT/OMBUDS UNDERSKRIFTER

Ort	Fullmaktsgivarens namnunderskrift
Datum	Namnförtydligande
Ort	Ombuds namnunderskrift
Datum	Namnförtydligande
Ort	Ombuds namnunderskrif
Datum	Namnförtydligande

## ÅTERKALLELSE (Härmed återkallas denna fullmakt)

Ort	Datum	Fullmaktsgivarens namnunderskrift
-----	-------	-----------------------------------

## BOLAGETS NOTERINGAR

Inlämnad av: <input type="checkbox"/> Fullmaktsgivaren <input type="checkbox"/> Ombudet	Datum	Signatur
Legitimation (typ, nr)	Granskad och godkänd av, datum	
<input type="checkbox"/> Återkallad (Om fullmakten återlämnas skall Bolaget behålla en kopia)	Datum	Signatur