

# Fullmakt

Härmed ger jag (fullmaktsgivare) nedanstående person/personer fullmakt att företa nedan angivna dispositioner för min räkning beträffande nedan angivet fondsparande hos AMF Fonder AB.

## Fondsparare/Fullmaktsgivare

Förnamn och efternamn		Personnummer
Postadress	Postnummer	Postort

## Fullmaktstagare/Fullmäktig

Förnamn och efternamn		Personnummer
Postadress	Postnummer	Postort
Förnamn och efternamn		Personnummer
Postadress	Postnummer	Postort

### Om flera fullmaktstagare

Fullmaktstagarna har rätt att endast gemensamt företa dispositioner för min räkning.

Fullmaktstagarna har rätt att var för sig företa dispositioner för min räkning.

Fritt sälja samtliga fonder

Endast byta mellan fonderna

Sälja här angivna fonder


Annat


## Fullmaktens giltighetstid

Denna fullmakt ska gälla fr o m  (ange datum) t o m  (ange datum)

Eller: Fullmakten ska gälla fr o m  och tills vidare. Fullmakten gäller till dess den återkallas.

## Underskrifter

Om fullmaktsgivaren är omyndig ska dennes förmyndare (vanligtvis desamma som vårdnadshavare/föräldrar) skriva under för den omyndiges räkning.
--

### Bevittnas av två personer:

Underskrift samt namnförtydligande	Underskrift samt namnförtydligande
------------------------------------	------------------------------------