

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

För- och efternamn		Personnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fullmaktstagare/Fullmäktig

För- och efternamn		Personnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
För- och efternamn		Personnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

i AMF behandlar dina personuppgifter i enlighet med vår gällande Integritetspolicy, som du hittar på www.amf.se

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Annat

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Fullmaktens giltighetstid

Denna fullmakt ska gälla från och med

Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

till och med

Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

eller fullmakten ska gälla från och med

Datum (åååå)	(mm)	(dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

och tills vidare. Fullmakten gäller till dess den återkallas.

Blanketten fortsätter på nästa sida.



Riskinformation om fondsparande

Historisk avkastning är ingen garanti för framtida avkastning. Fondandelar kan både öka och minska i värde. Det är inte säkert att du får tillbaka hela det insatta kapitalet. Du hittar faktablad och informationsbroschyrer här: amf.se/fondinformation

Bilagor för identifiering

Kopia på legitimation för fondsparare/fullmaktsgivare och samtliga fullmaktshavare.

Underskrifter

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning fondsparare/fullmaktsgivare*

--

Namnförtydligande

--

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning förmyndare*

--

Namnförtydligande

--

* Om fullmaktsgivaren är omyndig ska dennes förmyndare (vanligtvis densamma som vårdnadshavare/förälder) skriva under för den omyndiges räkning.

Bevittnas av två personer

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning

--

Namnförtydligande

--

Ort	Datum (åååå)	(mm)	(dd)

Namn-teckning

--

Namnförtydligande

--



Skicka blanketten till:

AMF Fonder AB, Fondadministration, 113 88 Stockholm