

Fullmakt Extrastämman BRF Fenix



Lägenhetens adress

Lägenhetens adress*	Lägenhetens nummer
---------------------	--------------------

Medlemmens/medlemmarnas namn (fullmaktsgivare)

Namn	
Telefon	Epost

Namn	
Telefon	Epost

Fullmaktens omfattning

Giltighetsperiod: Fullmakten ska gälla i en månad framåt, eller till dess den återkallas.	Från (datum)
Omfattning: 1. För min räkning fatta alla beslut rörande stambyte i min/vår lägenhet/lägenheter. 2. För min räkning fatta alla beslut rörande val av nya medlemmar i föreningsstyrelsen	

Kontaktuppgifter fullmaktstagare

Namn	Adress
Telefon	Epost

Underskrift av samtliga lägenhetsinnehavare/fullmaktsgivare	

Underskrift av fullmaktstagare

OBSERVERA: samtliga lägenhetsinnehavare ska skriva på fullmakten.

Fullmakten ska tas med i original till föreningens extrastämman.

Uppgifterna samlas in och lagras i enlighet med GDPR under den tid som projektet fortgår och till dess fullmakten återkallas eller fullmakten förfaller.