



Undertegnede (fuldmagtsgiver):

Navn:
Adresse:
Postnummer:
By:
E-mail:
Telefonnummer
Cpr nummer:

giver fuldmagt til (fuldmagtshaver):

Navn:
Adresse:
Postnummer:
By:
E-mail:
Telefonnummer:
Cpr nummer:

Personen får med denne fuldmagt lov/ret til at tage sig af hele min sag hos Furesø Kommune. Ovenstående person er min partsrepræsentant og handler nu på mine vegne.

Min sag handler om:

**Jeg ved, at al korrespondance fra Furesø Kommune fremover sker til min parts-repræsentant (fuldmagtshaver).
Fuldmagten falder væk, når Furesø Kommune har afsluttet denne sag.
Jeg kan når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Furesø Kommune.**

Sted/dato Fuldmagtsgivers underskrift

Du skal sende eller aflevere denne fuldmagt med original underskrift til Furesø Kommune Stiager 2, 3500, Værløse.
Angiv relevant afdeling og evt. kontaktperson / sagsbehandler tydeligt (Visitation, Center for Børn og Voksne, el. anden)

Furesø Kommune

Stiager 2
3500 Værløse
Furesø Kommune

Tlf.: 7235 4000
Mandag-fredag kl. 10-14
Torsdag dog kl. 10-17
CVR-nr.: 29188327

Åbningstider:

Mandag-fredag kl. 10-14
Torsdag dog kl. 10-18

www.furesoe.dk