

# FULLMAKT

## Till privatperson



### Undertecknad ger härmed nedanstående person/personer fullmakt att för min räkning

Teckna avtal om apotekskonto med PayEx Credit AB. Avtalet ger mig möjlighet att delbetala läkemedel och andra varor som har köpts på ett apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning.

Begära att inköp som gjorts på apotek som är anslutet till PayEx delbetalningslösning ska delbetalas via mitt apotekskonto hos PayEx Credit AB.

### Fullmakten skall gälla för nedanstående person/personer

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror)	Förnamn	Efternamn
-		
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror)	Förnamn	Efternamn
-		
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort

### Giltighet

Kryssa endast ett alternativ

Fullmakten gäller tills den återkallas skriftligen  Fullmakten gäller till och med datum \_\_\_\_\_

### Fullmaktsgivare

Personnummer (År xx, mån xx, dag xx – 4 siffror)	Förnamn	Efternamn
-		
Boxadress/Gatuadress		Postnummer och ort
Telefon vid eventuell kontakt (även riktnummer)		
Ort:	Datum:	
Fullmaktsgivarens Namnteckning		
-----		