

Fullmakt



Fullmaktsgivare / Innehavare av skuld

För- och efternamn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

Fullmaktshavare / Befullmäktigad

För- och efternamn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

Undertecknad fullmaktsgivare ger härmed ovan angiven fullmaktshavare behörighet att ta del av samtliga uppgifter om de skulder jag har hos Eurocredit (Organisationsnummer 556334-4570). Fullmaktshavaren har även rätt att förhandla och träffa nya uppgörelser och avtal om min skuld som är till fördel för fullmaktsgivaren. Det kan gälla uppgörelser om avbetalningsplan, slutbetalning, anstånd och ackord.

Fullmakten gäller i 12 månader från undertecknande
Fullmakten gäller fr.o.m - t.o.m

Ja

Fullmaktsgivarens / Låntagarens underskrift

Datum och ort

Underskrift

Namnförtydligande

Fullmaktsgivarens egenhändiga underskrift bevittnas härmed:

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Skicka din fullmakt till:

Eurocredit AB
Datavägen 2
436 32 Askim
mailto: Inkasso@eurocredit.se