



FULLMAKT

Fullmaktsgivare	Namn:
	Personnummer:
	Adress:
	Telefonnummer:
Fullmaktshavare	Namn:
	Personnummer:
	Adress:
	Telefonnummer:
Fullmaktens omfattning	Jag ger ovan angiven fullmaktshavare fullmakt att på mina vägnar företräda mig i ärenden avseende bostadsanpassningsbidrag i Marks kommun.
Fullmaktens giltighetstid	Från och med:
	Till och med:
Underskrift	Datum:
	Fullmaktsgivarens namnteckning:
	Namnförtydligande:
	Fullmaktshavarens namnteckning:
	Namnförtydligande:

Information om personuppgiftsbehandling

Personuppgifter avseende fullmaktsgivare och fullmaktshavare som lämnas genom denna fullmakt kommer av Marks kommun att behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordningen. Personuppgifterna kommer att behandlas för handläggning av ärenden om bostadsanpassningsbidrag enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag.