

# 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 B2 Impact AB (org nr 556878-6403). 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 t.o.m

--	--

## Fullmaktsgivarens / Låntagarens underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum och ort

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Fullmaktsgivarens egenhändiga underskrift bevitnas härmed:

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Skicka din fullmakt till:

**B2 Impact AB**  
**Mailbox 1801**  
**411 41 Göteborg**