

FULLMAKT

Fullmakt att rösta vid föreningsstämman för Rissnabygdens Fibernät Ekonomisk Förening den 2025-05-14.

Fullmaktsgivare

Namn/Firma: _____ Telefonnummer: _____

Adress: _____ Postnummer/Ort: _____

Person-/Organisationsnummer: _____

Fullmäktig (make, maka, sambo eller medlem i föreningen)

Namn/Firma: _____ Telefonnummer: _____

Adress: _____ Postnummer/Ort: _____

Person-/Organisationsnummer: _____

Fullmaktsgivarens underskrift

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Rissnabygdens fibernät ek förening