

OMBUDSFULLMAKT FÖR DÖDSBODELÄGARE

PERSONUPPGIFTER

Den avlidnes namn (ursprunglig rättighetshavare)

Personnr (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

--	--

DÖDSBO

Total antal dödsbodelägare

--

OMBUD

Ombudets namn

Ombudets personnr (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

--	--

Ombudets utdelningsadress

Postnr och ort

--	--

Ombudets telefonnr

E-post

--	--

Bank/Giro

Kontonr (inkl clearingnr)

--	--

Svensk bank:

BIC/SWIFT

IBAN

--	--

Internationell bank:

UNDERSKRIFTER

Jag/vi ger härmed ovan angivet ombud fullmakt att för dödsboets räkning ta emot den avlidnes SAMI-ersättning enligt medlems-/anslutningsavtal mellan SAMI och den avlidne utövaren, samt att i övrigt företräda mig/oss med avseende på nämnda medlems-/anslutningsavtal. Jag/vi förklarar att medlems-/anslutningsavtalet till alla delar är bindande för mig/oss, och förstår att eventuell framtida ersättning utbetalas till ombudet tills annat meddelas SAMI.

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

Namnteckning

Namnförtydligande

--	--

INSÄNDES AV

Namn

Ort och datum

--	--