

STs a-kassa

Fullmakt

Härmed ger jag (ditt namn), _____,

med personnummer _____ en fullmakt att företräda mig gentemot STs arbetslöshetskassa till:

Namn (den som ska företräda dig)

Adress

Telefonnummer

Fullmakten gäller

I alla ärenden.

I följande ärenden _____

Fullmakten gäller under följande period:

Tills vidare, tills jag återkallar den.

Under perioden _____ – _____.

Namnunderskrift

Plats och datum

Skicka in fullmakten i original till:

STs arbetslöshetskassa

Box 5100

102 42 Stockholm

Du kan återkalla fullmakten. Det innebär att du bestämmer att fullmakten inte ska gälla längre. Det ska du i så fall meddela a-kassan skriftligen.