

FULLMAKT

Fullmaktsgivare (den som ger någon en fullmakt)

Förnamn Efternamn	Personnummer
Adress	Telefon

Befullmäktigad (den som får en fullmakt)

Förnamn Efternamn	Personnummer
Fullständig adress	Telefon

Giltighetstid: Observera att fullmakten gäller från datum för undertecknande och längst i 12 månader

Fullmakten är giltig till och med (ange slutdatum)

Fullmakt

Härmed ger jag ovan angivna person rätt att företräda mig gentemot SBL Finans AB, med org.nr: 556933-0961, (nedan kallat "LoanStep") rörande mina ekonomiska förhållanden och mitt användarkonto hos LoanStep. Fullmakten är begränsad på det sätt som anges nedan.

Avsikten med fullmakten är att den Befullmäktigade i mitt ställe ska utreda mina skuldförhållanden gentemot LoanStep och föra min talan rörande dessa eventuella skulder.

Denna fullmakt ger den Befullmäktigade bland annat rätt att inhämta följande uppgifter:

- Information angående användarkonto
- Lånehistorik och transaktionsuppgifter gällande lån tagna i mitt namn

Denna fullmakt ger också den Befullmäktigade rätt att för min räkning bestrida fakturor och andra betalningskrav, spärra mitt användarkonto hos LoanStep och i övrigt företräda mig och tillvarata mina intressen. Fullmakten innefattar inte rätt att anhängiggöra talan eller i övrigt bevaka mina intressen i domstol, Allmänna reklamationsnämnden ("ARN") eller andra tvistlösningsorgan.

Fullmakten gäller från undertecknandet och för den tid som anges ovan, dock som längst i 12 månader. Jag har under giltighetstiden rätt att när som helst återkalla fullmakten. Vid upphörande ska den Befullmäktigade omedelbart upphöra med alla aktiviteter som utförs med stöd av denna fullmakt.

Underskrift

Ort och datum
Fullmaktsgivarens underskrift
Namnförtydligande