FULLMAKT

Undertecknad lämnar härmed fullmakt till .....

med adress .....

att företräda mig på Hälsovårdens samfällighetsförenings ordinarie föreningsstämma den 2025 för beslut i alla de frågor som finns angivna i kallelsen till föreningsstämman.

_____
Datum (YYYYMMDD)

_____
Underskrift

_____
Namnförtydligande

_____
Gatuadress

_____
Fastighetsbeteckning i Hälsovården