

OMBUDSFULLMAKT

För dödsbodelägare

Personuppgifter

Den avlidnes namn (ursprunglig rättighetshavare)

Personnr (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Dödsbo

Totalt antal dödsbodelägare

Ombud

Ombudets namn

Ombudets personnr

Ombudets utdelningsadress

Postnr och ort

Ombudets telefon-/mobilnr

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 mobudet 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