



Fondkonto

Denna fullmakt skall i original förvaras hos Carnegie Fonder AB (Bolaget)

KUND (Fullmaktsgivare)	Namn(efternamn, tilltalsnamn)/Firma	Personnr/Org nr
	Adress	
	Tel	
OMBUD	Namn (efternamn, tilltalsnamn)/Firma	Personnr/Org nr
	Adress	
	Tel	

Om ej särskilt fondkontonummer angivits ovan gäller denna fullmakt samtliga kund(-ens)/(-ernas) nuvarande och blivande fondkonton hos Carnegie Fonder AB.

Fullmakt

Härmed ger jag/vi angivet ombud fullmakt att för min/vår räkning erhålla uppgift om mitt/vårt fondbesittande hos Bolaget.

Bekräftelse

Ombudet bekräftar genom undertecknande nedan att denne innehar Finansinspektionens tillstånd att förmedla fondandelar. Ombud får inte sätta annan i sitt ställe.

Denna fullmakt gäller till dess den återtages av mig/oss eller dessförinnan av mig/oss skriftligen återkallas hos Carnegie Fonder AB.

KUNDENS UNDERSKRIFT (fullmaktsgivare)	Ort	Namnunderskrift
	-----	-----
	Datum	Namnförtydligande
	-----	-----
BEVITTNING Kundens (Fullmaktsgivarens) egenhändiga namnteckning bevittnas:	Namnunderskrift	Namnunderskrift
	-----	-----
	Namnförtydligande	Namnförtydligande
	-----	-----
	Gatuadress, box eller motsvarande	Gatuadress, box eller motsvarande
	Postnr Ort	Postnr Ort
OMBUDETS UNDERSKRIFT	Ort	Namnunderskrift
	-----	-----
	Datum	Namnförtydligande
ÅTERKALLANDE AV FULLMAKT	Ort och datum	Namnunderskrift