

Fullmaktsgivarens uppgifter:

Namn:
Personbeteckning:
Kontaktuppgifter:

Den/de befullmäktigade:

Den anställdes namn:
Uppgiftsbeteckning:
Kontaktuppgifter:
Den anställdes namn:
Uppgiftsbeteckning:
Kontaktuppgifter:

Jag ger ovan nämnda anställda vid Östra Nylands välfärdsområde fullmakt att fungera som mina biträden för utredning av min ekonomiska situation och för reglering av mina skulder.

Den befullmäktigade har på grundval av fullmakten rätt att utreda omständigheter som behövs för bedömning av min ekonomiska situation, att förhandla om betalning av mina ekonomiska ansvarsförbindelser och om andra arrangemang i anslutning till dessa samt också i övrigt att fungera som mitt biträde i alla ärenden och åtgärder som har att göra med regleringen av mina skulder.

Den befullmäktigade har trots sekretessbestämmelserna rätt att erhålla alla sådana uppgifter om fullmaktsgivarens ekonomiska ställning som fullmaktsgivaren själv har rätt att få.

Fullmakten gäller tills vidare.

Ort och datum

Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande