

FULLMAKT

Fullmaktsgivare (hyresgäst/bostadsrättsinnehavare)

Namn	Födelsedatum
E-postadress	Telefonnummer

Namn	Födelsedatum
E-postadress	Telefonnummer

Fullmaktshavaren

Namn	Födelsedatum
E-postadress	Telefonnummer
Address	

Fullmaktshavaren samtycker till att dennes information sparas i TA-Bolagens kundregister för användningen av fullmakten. Bekanta dig med TA-Bolagens dataskyddspolicy via <https://ta.fi/tietosuojaseloste>

Lägenheten avtalet gäller

Lägenhetens address

Fullmaktens innehåll

Fullmaktshavaren är berättigad att representera fullmaktsgivaren/-givarna i följande saker gällande det ovan nämnda avtalsförhållandet. Välj endera av alternativen nedan.

- | Ja | Nej | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fylla i eller dra tillbaka bostadsansökan, eller göra ändringar i en ansökan som redan gjorts |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hämta nycklar till lägenheten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Få information gällande betalningen av hyran/vederlag och hyres-/vederlagsskulder |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Göra betalningsarrangemang gällande betalningen av hyran/vederlag |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Få information om skyldigheter, anmärkningar, varningar m.m. gällande avtalsförhållandet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Motta delgivning gällande avtalsförhållandet (bl.a. varningar, meddelande om uppsägning) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skriva under hyres-/bostadsrättsavtal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Säga upp hyres-/bostadsrättsavtal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utföra andra juridiska åtgärder som specificerats nedan: |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Motta annan information som specificerats nedan: |

TA-Bolagen är alltid i kontakt med fullmaktsgivaren innan hyres-/bostadsrättsavtalet ingås för att säkerställa rättshandlingens riktighet. Var beredd att bevisa din identitet.

Fullmaktens giltighetstid

Fullmaktsgivarens/-givarnas underskrifter Fullmakten gäller till _____ / _____ 20____ .

Fullmaktsgivarens/-givarnas underskrifter

Fullmaktshavarens underskrift

Ort och datum	Ort och datum
Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande	Fullmaktshavarens underskrift och namnförtydligande
Fullmaktsgivarens underskrift och namnförtydligande	

