

# Fuldmagt

## Undertegnede (fuldmagtsgiver):

Navn:

Cpr-nummer:

### **giver på vegne af:**

Virksomhedsnavn:

Tlf.nr.:

Adresse:

E-mail:

Postnummer:

CVR-nummer:

By:

Journalnummer:

## fuldmagt til (fuldmagtshaver):

Navn:

Tlf.nr.:

Adresse:

E-mail:

Postnummer:

Cpr-nummer/CVR-nummer:

By:

**Personen får dermed fuldmagt til at tage sig af hele vores sag hos Ligebehandlingsnævnet. Ovenstående person er vores partsrepræsentant og handler nu på vores vegne.**

Vores sag handler om:

---

---

**Vi ved, at al korrespondance fra Ligebehandlingsnævnet og nævnets sekretariat fremover sker til vores partsrepræsentant (fuldmagtshaver).**

**Fuldmagten falder væk, når Ligebehandlingsnævnet eller nævnets sekretariat har afsluttet denne sag. Vi kan når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Ligebehandlingsnævnets sekretariat.**

---

Sted/dato      Fuldmagtsgivers underskrift

I skal sende denne fuldmagt med original underskrift til Ligebehandlingsnævnets Sekretariat i Ankestyrelsen.

I kan også sende fuldmagten elektronisk ved at benytte vores kontaktformular, der findes under fanen "Kontakt os".

### **Vores postadresse**

Ligebehandlingsnævnets sekretariat, Ankestyrelsen, 7998 Statsservice