

INFORMATIONSFULLMAKT, arbetsgivare

Härmed befullmäktigas

Fullständigt företagsnamn	Organisationsnummer										
								-			

att från Alecta pensionsförsäkring, ömsesidigt (Alecta) inhämta sådan information som vi själva (fullmaktsgivaren) har rätt att erhålla från Alecta om våra anställdas försäkringsskydd. Som fullmaktsgivare ansvarar vi för att de uppgifter som begärs utlämnade av Alecta kan lämnas ut till fullmaktshavaren med uppfyllande av den registrerades krav på integritetsskydd enligt personuppgiftslagen.

Fullmakten gäller för *samtliga* anställda.

Fullmakten gäller för samtliga anställda med *undantag* för i bilaga särskilt angivna personer.

Fullmakten gäller *endast* för i bilaga särskilt angivna personer.

Med "anställda" avses även tidigare anställd.

GILTIGHETSTID

Denna fullmakt gäller:

<input type="checkbox"/> 3 år från undertecknandet	<input type="checkbox"/> till och med	Datum (åååå-mm-dd) (Längst 3 år från datum för undertecknande)										
							-			-		

Observera! Om ett datum har angivits gäller detta som fullmaktens sluttidpunkt, men som längst i 3 år från datum för undertecknandet. Fullmaktsgivaren har dock alltid rätt att när som helst återkalla fullmakten.

Ort	Datum (åååå-mm-dd)											
								-			-	

Fullständigt företagsnamn	Organisationsnummer										
								-			

Underskrift av behörig/behöriga firmatecknare	Namnförtydligande

Kontaktperson hos fullmaktshavaren	Kontaktuppgifter fullmaktshavare

Firmanummer hos Alecta				

(om uppgift saknas kan fullmakt ej registreras)

Bilaga informationsfullmakt, arbetsgivare

Fullmaktshavare

Fullständigt företagsnamn	Organisationsnummer

Bilagan avser:

- Undantag** – De personer som anges nedan ska undantas från informationsfullmakten.
- Omfattning** – De personer som anges nedan ska omfattas av informationsfullmakten.

Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
Namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)

Ort:	Datum (åååå-mm-dd)

Fullständigt företagsnamn	Organisationsnummer

Underskrift av behörig/behöriga firmatecknare	Namnförtydligande