



ERIK PENSER BANK

Depå-/Kontonummer
Referens/Kundansvarig

Ifylles av Banken

Fullmakt

Denna fullmakt skall i original förvaras hos Erik Penser Bank (Banken)

Fullmaktsgivare (Kunden)	Namn (efternamn, tilltalsnamn) eller Firma (fullständigt namn)	Personnr/Org. nr
	Adress (gata, box eller motsvarande), postnr, ort och land	Tel. dagtid
Ombud	Namn (efternamn, tilltalsnamn) eller Firma (fullständigt namn)	Personnr/Org. nr
	Adress (gata, box eller motsvarande), postnr, ort och land	Tel. dagtid

Om fullmaktsgivare och/eller ombud är juridisk person, skall handling som utvisar vem som tecknar firman, bifogas.

Härmed ger jag ovan angivna ombud fullmakt att för min räkning *)

- A. Erhålla uppgift om min kontoställning och mitt depåinnehav hos Banken;
- B. Ingå och avsluta avtal om Depå och Konto hos Banken med därtill hörande särskilda avtal (såsom förfogandeavtal, avtal om optioner och avtal om aktielån);
- C. Förvärva, avyttra och eljest förfoga över värdepapper (definition av "värdepapper" – se Allmänna Bestämmelser för Depå-/kontoavtal);
- D. Hos Banken uppta krediter;
- E. Gentemot Banken ställa säkerheter och ingå åtaganden, dels för upptagna krediter, dels för andra förpliktelser enligt depåavtal och därtill hörande särskilda avtal (såsom åtaganden om marginalsäkerhet vid handel med optioner och terminer);
- F. Gentemot NASDAQ OMX Stockholm och/eller annan clearingorganisation ingå pantavtal och ställa säkerhet för åtaganden vid handel med optioner och terminer;
- G. Uppsäga, utta och kvittera penningmedel, värdepapper och annat varöver jag eljest må förfoga hos Banken.

Om ej särskilt Depå-/Kontonr angetts nedan gäller denna fullmakt samtliga fullmaktsgivares nuvarande och blivande Depåer/Konton hos Banken. Denna fullmakt gäller endast Depå-/Kontonr _____ Fullmakten gäller tills den av mig skriftligen återkallas hos Banken. Se nedan. Ombud får ej sätta annan i sitt ställe.

*) Fullmakten kan endast inskränkas i vad avser rätten till uttag hos Banken. För sådan inskränkning skall punkten G strykas.

Underskrift Fullmaktsgivare	Ort och datum	Namnunderskrift/Namnförtydligande	
Bevittning Fullmaktsgivarens egenhändiga namnteckning bevitnas	Namnunderskrift/Namnförtydligande		Telefon dagtid (även riktnr)
	Adress (gata, box eller motsvarande), postnr, ort och land		
	Namnunderskrift/Namnförtydligande		Telefon dagtid (även riktnr)
	Adress (gata, box eller motsvarande), postnr, ort och land		

Härmed bekräftas att undertecknat ombud har tagit del av och är införstådd med ovanstående fullmaktsvillkor.

Underskrift Ombud	Ort och datum	Namnunderskrift/Namnförtydligande
Återkallelse av fullmakt	Ort och datum	Namnunderskrift/Namnförtydligande