



Fullmakt nyckelutlämning

Fullmakt gällande lägenhet: _____

Hus: _____

Hyresgäst (fullmaktsgivare): _____

Nycklar hämtas ut av: _____

med personnummer: _____

Datum för nyckeluthämtning: _____

Eventuell övrig information:

Ort: _____

Datum: _____

E-postadress: _____

Telefonnummer: _____

Underskrift (fullmaktsgivare): _____

Namnförtydligande (fullmaktsgivare): _____

Blanketten skickas till Balticgruppen AB
Box 489
SE 901 09 Umeå

Växel 090 71 72 00
Fax 090 71 72 19
Besök oss på balticgruppen.se