

Blankett för att ÅTERKALLA FULLMAKT

Skickas till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket per post: TLV, Box 22520, 104 22 Stockholm eller som inskannad PDF med underskrifter per e-post till registrator@tlv.se. TLV kan i efterhand begära in återkallelsedokumentet i original. Icke-svenska företag ska bifoga utdrag ur bolagsregister för att visa att firmatecknaren är behörig.

Återkallelse innebär att alla tidigare givna fullmakter från företaget till personen upphör att gälla. Efter en återkallelse kan personen inte längre företräda företaget gentemot TLV.

Företaget (den tidigare fullmaktsgivaren) som nu återkallar

Företagets namn			
Organisationsnr		Växeltelefonnr	
E-postadress (ej personbunden)			
Postadress			

Personen (den tidigare fullmaktstagaren) vars fullmakt nu återkallas

För- och efternamn			
Födelsedatum (ÅÅMMDD)		E-postadress	

(E-postadress kan anges om personen fortfarande arbetar på företaget)

Fullmaktsgivaren återkallar härmed tidigare given/givna fullmakt/er för fullmaktstagaren att överhuvudtaget företräda eller agera för fullmaktsgivaren gentemot TLV.

Återkallelsen gäller från (välj en. Om inget anges anses återkallelse gälla från datumet det kom till TLV)

det datum då TLV tar del av denna återkallelse

framtida datum, efter att TLV fått denna återkallelse, nämligen

Ett angivet framtida datum får vara högst två veckor framåt i tiden, för att TLV ska kunna administrera återkallelsen.

Skriv gärna år och månad som företaget skickade in (senaste) fullmakt för personen

(det underlättar för TLVs administration)

År Månad

Underskrift/underskrifter

.....
Firmatecknarens underskrift, och datum

Namnförtydligande

.....
Underskrift firmatecknare 2 om det krävs mer än en person, och datum

Namnförtydligande

TÄNK PÅ: Om orsaken till återkallelsen är att en ny person tar över personens arbetsuppgifter – och ni inte har skickat fullmakt för den nya personen till TLV – kom ihåg att skicka in en fullmakt beträffande den nya personen. Använd gärna TLVs fullmaktsblankett.