

Civilstyrelsen

Toldboden 2, 2. sal

8800 Viborg

Tlf.: (+45) 33 92 33 34

Epost: post@erstatningsnaevnet.dk

Fuldmagt

Mit navn er: _____

J.nr.: _____

Min adresse er: _____

Mit telefonnummer er: _____

Jeg giver fuldmagt til

Navn: _____

Evt. firmanavn/organisation: _____

Cpr. nr./cvr. nr.: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Han/Hun skal, i stedet for mig, tage sig af min sag hos Erstatningsnævnet (være min ”partsrepræsentant”).

Min erstatningssag handler om: _____

Jeg ved at alle breve fra Erstatningsnævnet, herunder afgørelser, bliver sendt til min partsrepræsentant, så længe fuldmagten gælder.

Fuldmagten ophører, når Erstatningsnævnet endeligt har afsluttet sin behandling af denne sag. Jeg kan dog når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Erstatningsnævnet.

(sted, dato)

(min underskrift)