

# Inkassofullmakt

KOPIERA, FYLL I OCH FAXÅ BLANKETTEN TILL 040-97 00 81

Härmed befullmäktigar vi/jag Vestra Advokatbyrå AB - eller den bolaget i sitt ställe förordnar - att inkassera nedanstående belopp.

## Uppgifter om motparten:

Namn: \_\_\_\_\_  
Gata/Box \_\_\_\_\_ Orgnr/Persnr: \_\_\_\_\_  
Post nr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## Belopp att inkassera:

Fakturanummer	Fakturadatum	Förfalldatum	Belopp

**Skicka med fakturakopior och/eller beskriv i korthet vad fordran avser:**

S:a \_\_\_\_\_

Plats för text \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Uppdraget kommer från:

Namn: \_\_\_\_\_ Kundnr: \_\_\_\_\_  
(Hos Syna AB)  
Telefon: \_\_\_\_\_ Bankgiro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ort och datum / Underskrift: \_\_\_\_\_

KOPIERA, FYLL I OCH FAXÅ BLANKETTEN TILL 040-97 00 81



VESTRA  
ADVOKATBYRÅ

SYNA®  
VÅGA VÄXA