

MEGHATALMAZÁS PANASZÜGYINTÉZÉSHEZ

Alulírott (Meghatalmazó neve)

Lakcím:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

ezúton meghatalmazom

..... (Meghatalmazott neve)

Lakcím:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

hogy nevemben és helyettem az Ensure Pénzügyi Szolgáltató Kft. előtt az alábbi ügyben* eljárjon:

.....
.....
.....

Jelen meghatalmazás - kizárólag fenti ügyben - visszavonásig érvényes.

Kelt:, év hó nap

.....
Meghatalmazó

.....
Meghatalmazott

Előttünk mint tanúk előtt:

Név: Név:

Lakcím: Lakcím:

Azonosító okmány száma: Azonosító okmány száma:

Aláírás: Aláírás:

**Kérjük a meghatalmazás körét pontosan megjelölni. Kérjük, amennyiben rendelkezésére áll adja meg az érintett szerződésszámot, káresemény kapcsán a kárszámot, vagy egyéb az ügygel kapcsolatos azonosítót.*