

FULDMAGT

Vedrørende behandling af kontrolafgift

Undertegnede (fuldmagtsgiver):

Navn: _____ Tlf.nr. _____
Adresse: _____ E-mail: _____
Postnummer: _____ Cpr-nummer: _____
By: _____ Kontrolafgiftsnummer: _____

Giver fuldmagt til (fuldmagtshaver):

Navn: _____ Tlf.nr. _____
Adresse: _____ E-mail: _____
Postnummer: _____ Cpr-nummer: _____
By: _____

Fuldmagtshaveren bemyndiges med nærværende fuldmagt retten til at behandle kontrolafgiften med det angivne kontrolafgiftsnummer på vegne af undertegnede som fuldmagtsgiver, herunder indgå betalingsaftale på vegne af fuldmagtsgiver.

Undertegnede fuldmagtsgiver anerkender, at al korrespondance fremover mellem Arriva Tog og fuldmagtsgiveren alene vil blive rettet til fuldmagtshaveren.

Fuldmagtsgiveren bekræfter hermed ovenstående med sin underskrift

Sted/dato

Fuldmagtsgivers underskrift

Nærværende fuldmagt skal udfyldes og sendes til:

*Att. Kundeservice
Arriva Tog A/S
Drewsensvej 1
8600 Silkeborg*

Eller via kontaktformularen på www.arriva.dk