



AALBORG UNIVERSITET

## Fuldmagt vedrørende SPS *(alle felter skal udfyldes).*

CPR-nummer:	Tlf-nummer:
Navn og adresse:	
_____	_____
NAVN	E-MAIL
_____	
ADRESSE	
Jeg giver fuldmagt til:	
_____	_____
NAVN	E-MAIL
_____	
ADRESSE	
Sæt kryds og udfyld ved begrænset fuldmagt:	
<input type="checkbox"/> Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt til at varetage alle mine SU-forhold	
<i>Eller</i>	
<input type="checkbox"/> Jeg giver ovennævnte person fuldmagt til at varetage nedenfor nævnte SU-forhold:	
_____	
_____	
_____	
Fuldmagten skal gælde fra _____ / _____ - 20 til _____ / _____ - 20	

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Fuldmagten skal sendes til:  
SPS Kontoret - Aalborg Universitet, Fibigerstræde 10 lokale 4-19, 9220 Aalborg Øst  
eller per mail til [sps@aau.dk](mailto:sps@aau.dk).