|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | | **Fuldmagt vedrørende SU (*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:  Jeg giver hermed ovennævnte person fuldmagt til at varetage alle mine SU-forhold  *eller*  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: SU Kontoret - Aalborg Universitet, Fredrik Bajers Vej 1, 9220 Aalborg Øst eller per mail til su@aau.dk.** |  | |