|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Fuldmagt vedrørende SU (*alle* felter *skal* udfyldes).** |
| CPR-nummer: Tlf-nummer: |
| Navn og adresse: NAVN E-MAILADRESSE |
| Jeg giver fuldmagt til: NAVN E-MAILADRESSESæt 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, Fibigerstræde 10 lokale 4-19, 9220 Aalborg Øst eller per mail til su@aau.dk.** |  |

 |