

Härmed befullmäktigar vi Adekvat Försäkring 556621-1446 att för min/vår räkning avsluta mitt/vårt medlemskap i

\_\_\_\_\_

Företag: \_\_\_\_\_

Org. Nr: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Person nr: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_