



AALBORG
UNIVERSITET

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:	
<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 _____ til _____	

Dato _____ Underskrift _____

Fuldmagten skal sendes til:
SU Kontoret - Aalborg Universitet, Fredrik Bajers Vej 1, 9220 Aalborg Øst
eller per mail til su@aau.dk.