## ****Fuldmagt****

**Undertegnede:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn: | | Cpr. nr.: |
| Adresse: | | |
| Postnummer: | By: | |
| Tlf. nr.: | E-mail: | |

**Giver hermed:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn: | | Cpr. nr.: |
| Adresse: | | |
| Postnummer: | By: | |
| Tlf. nr.: | E-mail: | |

fuldmagt til, at varetage min sag hos Styrelsen for Undervisning og Kvalitet.

Ovenstående er min partsrepræsentant.

Jeg er indforstået med, at alt kontakt med Styrelsen for Undervisning og Kvalitet vil være med fuldmagtshaver, indtil fuldmagten trækkes tilbage.

Sted/dato Fuldmagtsgivers underskrift

Du kan sende denne fuldmagt med original underskrift som indscannet pdf til [adm.ib.tilskud@ktst.dk](mailto:adm.ib.tilskud@ktst.dk) eller med brevpost til:

Undervisningsministeriet

Styrelsen for Undervisning og Kvalitet

Økonomisk-Administrativt Center

Frederiksholms Kanal 25

1220 København K

ATT: IB-Tilskud