



AXON BIZTOSÍTÁSI ALKUSZ Kft.

Telephely: **1162 Budapest, Csömöri út 161.** Székhely: **2870 Kisbér, Szabadság utca 19.**
Telefon: **(1) 3630-886** Fax: **(1) 3636-000** E-mail: **info@axon.hu**
Web: **www.axon.hu**

MEGHATALMAZÁS

Alulírott

Fogyasztó neve:

Lakcím:, Szem.ig.szám:.....

Születési hely, idő: Anyja neve:

mint meghatalmazó ezúton meghatalmazom,

Név:

Lakcím:, Szem.ig.szám:.....

Születési hely, idő: Anyja neve:

meghatalmazottat, hogy helyettem és nevemben eljárjon, kötelező jognyilatkozatot tegyen a Axon Biztosítási Alkusz Kft.-nél, írásbeli vagy szóbeli panaszt terjesztve elő

a(z).....ügyben.*

A meghatalmazás visszavonásig érvényes és kizárólag a pénzügyi szervezettel szemben álló panasz rendezésére vonatkozik.

Kelt:, 20.....

.....
Meghatalmazó

.....
Meghatalmazott

Előttünk mint tanúk előtt:

Név: Név:

Lakcím: Lakcím:

Anyja neve: Anyja neve:

Aláírás: Aláírás:

*Kérjük a meghatalmazás pontos körét megjelölni.