**Erstatnings- og taksationskommissionerne**

i henhold til Minkloven

**Fuldmagt**

Dine kontaktoplysninger (fuldmagtsgiver):

Navn: Tlf.nr.:

Adresse: E-mail:

Postnummer: CPR-nummer:

By: Journalnummer:

Jeg giver hermed fuldmagt til (fuldmagtshaver):

Navn: Tlf.nr.:

Adresse: E-mail:

Postnummer: CPR/CVR-nummer:

By:

at ovennævnte kan repræsentere mig som partsrepræsentant under behandlingen af min sag hos erstatnings- og taksationskommissionerne, herunder Minksekretariatet, 1. instans.

Jeg er indforstået med, at alle breve og afgørelser fra erstatnings- og taksationskommissionerne, herunder fra Minksekretariatet, 1. instans, bliver sendt til min partsrepræsentant, så længe fuldmagten gælder.

Fuldmagten ophører, når erstatnings- og taksationskommissionerne endeligt har afsluttet behandlingen af denne sag. Jeg kan dog når som helst selv trække fuldmagten tilbage ved at give besked til Minksekretariatet, 1. instans.

**Dato og sted Fuldmagtsgivers underskrift**