



Betala med mobilen

Godkännande av avtal om WyWallet-konto

Avtal WyWallet-konto

Undertecknad vårdnadshavare godkänner härmed att WyWallet-konto öppnas för:

Namn _____ Efternamn _____

Personnummer: -

Mobilnummer _____

e-postadress _____

VÅRDNADSHAVARE

Personnummer: -

Ort och datum _____

Vårdnadshavarens underskrift

Namnförtydligande

.....

Skicka underskriven fullmakt till:

WyWallet
Box 1236
621 21 Visby