



Ändring/uppehåll/upsägning av månadssparande



Uppdaterat 2010-05-18

Personnummer/Organisationsnummer (10 siffror)

VPS-konto*

Förnamn

Efternamn/ev. företagsnamn

Adress

Postnummer/Ort

Telefon/mobil/e-post, där vi kan nå dig under dagtid

* För att er begäran ska genomföras krävs det att VPS-kontonummer är ifyllt. Detta återfinns du på dina transaktionsbesked ifrån norska VPS.

Viktig information

Observera att vid ändring till ny fond måste nytt medgivande ansökas hos din bank. Därför bör ansökan inkomma till ODIN Fonder i god tid innan önskad ändring kan genomföras.

Det kan medföra förseningar om blanketten ej är korrekt ifyllt.

Vi vill ha din ändring/uppehåll/upsägning via post eller fax, vi har dessvärre inte möjlighet att godkänna begäran per e-post.

För omyndig fondinnehavare krävs båda vårdnadshavarnas underskrift.

Vänligen kontakta ODIN Fonder om du har några frågor, tel 08-407 14 00 eller e-post kontakt@odinfond.no.

Ändring av månadssparande

Jag vill att mitt autogirosparande ska se ut enligt följande: (OBS ange även de fonder du vill fortsätta månadsspara i men som inte ska ändras).
ange belopp i SEK

ODIN Norden _____

ODIN Finland _____

ODIN Norge _____

ODIN Sverige _____

ODIN Europa _____

ODIN Europa SMB _____

ODIN Maritim _____

ODIN Offshore _____

ODIN Global _____

ODIN Global SMB _____

Jag vill att ovanstående ändringar ska börja gälla från och med _____ månads dragning, år _____

Jag vill använda tidigare angivet bankkontonummer? Ja Nej*

*Om du svarat **nej** på föregående fråga, vänligen fyll i nya kontouppgifter nedan:

Namn på din bank: _____

Clearingnr. clearnr. för swedbank ifylles ej sista siffran!

Bankkontonr:

Uppehåll eller uppsägning av månadssparande

Mitt nuvarande sparande är följande:

ODIN Norden _____

ODIN Finland _____

ODIN Norge _____

ODIN Sverige _____

ODIN Europa _____

ODIN Europa SMB _____

ODIN Maritim _____

ODIN Offshore _____

ODIN Global _____

ODIN Global SMB _____

Jag vill upphöra helt med mitt månadssparande? Ja*

*Upphörandet ska gälla från och med _____ månads dragning år _____

Uppehållet ska gälla under en viss period? Ja*

* Uppehållet ska gälla från och med _____ månads

dragning år _____ och återupptas från och med

_____ månads dragning år _____

Då jag redan sparar regelbundet i ODIN Fonder har jag tagit del av de regler för autogirosparande som gäller. För omyndig fondinnehavare krävs båda vårdnadshavarnas underskrift.

Ort/datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Ifylles ej. Endast för ODINs noteringar

Datumstämpel:

Aktör: _____

Handläggare: _____

Färdigifyllt blankett skickas till (vänligen notera att vi inte godkänner order per e-post) :

• Post: ODIN Fonder, Stureplan 13, BOX 238, 101 24 Stockholm • Fax: 08 407 14 66