



Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Postadress

Make/maka/sambos för- och efternamn	Personnummer
-------------------------------------	--------------

Närståendes/företrädarens för- och efternamn	Telefonnummer (inkl. riktnummer)
--	----------------------------------

Du har möjlighet att välja vem som ska utföra serviceinsatserna genom att skriva namnet på leverantören nedan.

- Tvätt
- Inköp
- Städning

Leverantör

Vi vill ha ditt val senast _____ .

Om du inte gör ett val utser kommunen en privat leverantör som är _____ .

Jag ger mitt medgivande till att informationen överförs mellan biståndsenheten och leverantör beträffande beviljade serviceinsatser.

Datum

Underskrift

.....

Sänd in blanketten till:

Stenungsunds kommun
Vård omsorg
444 82 Stenungsund