

Ifylld valblankett skickas till:
Skurups kommun
Biståndshandläggare IFO
274 80 SKURUP



Sida 1 (1)

Val av leverantör av serviceinsatser i Skurups kommun

Obs! Obligatoriska fält markeras med röd ram

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen. Du godkänner att informationen om dig får lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.	Datum	<input type="checkbox"/> Nyval
		<input type="checkbox"/> Omval

Personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer	
Utdelningsadress (gata, box etc)		Postnummer	Postort
Telefonnummer dagtid (även riktnr)	Mobilnummer	Närståendes telnr dagtid (även riktnr)	Närståendes mobilnummer

Val

<input type="checkbox"/> Service (städ, tvätt, inköp)
Jag väljer följande leverantör som utförare:

Samtycke

<input type="checkbox"/> För att insatserna ska kunna genomföras på ett ändamålsenligt och säkert sätt samtycker jag till att: Dokumentation och information om min aktuella situation/min vardag och mitt hälsotillstånd får lämnas till vald leverantör.

Underskrift

Datum	Ort	Underskrift
Namnförtydligande		