



Omsorgsförvaltningen
KRISTIANSTADS KOMMUN

Omsorgsförvaltningen

Område:.....
Handläggare:.....
Adress:.....
.....

Fullmakt

Nedanstående person skall ta emot räkning, avgiftsbeslut och inkomstförfrågan samt har fullmakt att agera för min räkning i frågor som berör mina avgifter.

Relation

Förvaltare God man Anhörig Annan

Namn:

Adress:

Telefon:

Postadress:

Mobiltelefon:

.....
Kundens namn och personnummer

.....
Ort och datum

.....
Underskrift