



VAL OCH OMVAL AV UTFÖRARE AVSEENDE HEMVÅRD OCH SERVICEINSATSER

Om det är första gången du väljer, kryssa i här

Omval (vid byte av utförare), kryssa i här

PERSONUPPGIFTER

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Postadress
Make/maka/sambos för- och efternamn	Personnummer
Närståendes/företrädarens för- och efternamn	Telefonnummer (inkl. riktnr.)

Du har möjlighet att välja vem som ska utföra insatser genom att skriva namnet på respektive utförare (leverantör).

HEMVÅRDSINSATSER (omvårdnad och delegerade hemsjukvård)	SERVICEINSATSER
Utförare: _____	<input type="checkbox"/> Städning Utförare: _____
	<input type="checkbox"/> Tvätt Utförare: _____
	<input type="checkbox"/> Inköp Utförare: _____

Jag ger mitt medgivande till att nödvändig information överförs mellan kommunen och privata utförare.

Höganäs den

Underskrift.....

SÄND BLANKETTEN TILL:

Höganäs kommun, Socialförvaltningen - kundval, Stadshuset, 263 82 Höganäs

För mer information kontakta biståndshandläggare eller kontaktperson kundval 042-33 75 45.