



FULLMAKT

Fullmaktsgivare

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer/adress:

Telefonnummer:

Fullmäktig (fullmaktstagare)

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer/adress:

Telefonnummer:

Giltighetstid

Fromtillsvidare, eller tills fullmaktsgivaren begär fullmakten åter.

Härmed ger jag fullmakt åt ovan angiven person att företräda mig i frågor som gäller biståndsinsatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i Vallentuna kommun.

Ort

Datum

.....

Bevittnas

Namn:

Namn:

Tfn:

Tfn:

.....
Underskrift.....
Underskrift

SOCIALFÖRVALTNINGEN

186 86 VALLENTUNA
BESÖK: TORGGATAN 11
TFN: 08-587 850 00 · FAX: 08-587 854 03
SF@VALLENTUNA.SE
WWW.VALLENTUNA.SE

