



SVEDALA KOMMUN

Fullmakt

Fullmaktsgivare

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person/personer, att ansöka om insatser jml 9:2-10 LSS samt föra min talan gällande dessa insatser.

Fullmaktens giltighetstid

Från och med datum	Till och med datum
--------------------	--------------------

Fullmaktsinnehavaren

Namn	Telefon
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	

Fullmaktsinnehavaren

Namn	Telefon
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	

Fullmaktsgivarens underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Ifylld blankett skickas till

Vård och omsorg
Kommunhuset
233 80 Svedala