

## FULLMAKT FÖR FAKTURA OCH AVGIFTSBESLUT

Om avgiftsbeslut och faktura skall skickas till annan person än vårdtagaren, skall nedanstående uppgifter fyllas i och skrivas under av vårdtagaren själv. Detta för att värna om vårdtagarens rättssäkerhet i Flens kommun, 11 kap 4 § Föräldrabalken. Dessutom ska två opartiska personer bevittna vårdtagarens namnteckning.

Vårdtagarens namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	Mobilnummer

**Faktura** sänds till (om annan än vårdtagaren)

**Avgiftsbeslut** sänds till (om annan än vårdtagaren)

Namn	Namn
Adress/Box	Adress/Box
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefonnummer	Telefonnummer
Mobilnummer	Mobilnummer

Övriga upplysningar

### Vårdtagarens underskrift

Datum	Underskrift
-------	-------------

### Bevittnas

Namn	Namn
Adress	Adress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefonnummer	Telefonnummer

**Återsänds till: Flens kommun, Socialförvaltningen, Utredningsenheten för Äldre och personer med Funktionsnedsättning, 642 81 FLEN**