



INSKICKAS OMGÅENDE

Anmälan om ledigt särskilt boende/korttidsboende

Område: (sätt kryss)

Bjärke Brunnen Brunnsg Ginstg Hagag Hemsjög

Kaptenen Noltorpsg ~~Årstad~~ ~~Årstad~~ Angabog

Typ av boende:

Demensboende

Gruppboende fys

S-lägenhet

Utflyttad/avliden namn och personnr.....

Lägenhetsnr.....

Avdelning och postadress.....

.....

Annat.....

Viktigt att veta om boendet, ex kök, antal m², antal rum osv.

.....

Permanent boende

Korttidsboende

Kontraktsdatum från.....

Enhetschef för lägenheten..... Tel

FAXAS TILL PLANERINGS-AVDELNINGEN FAX NR 12458