SÖLVESBORGS
KOMMUN
Överförmyndarnämnden

Kvittenser på överlämnade fickpengar/privata medel till omvårdnadspersonal

Huvudman Namn: _____ Personnummer: _____

Datum: / 20 Belopp: _____ _____ Underskrift god man/förvaltare	**Det angivna beloppet kvitteras härmed:** _____ Namn _____ Namnförtydligande _____ _____ Befattning Telefon

Datum: / 20 Belopp: _____ _____ Underskrift god man/förvaltare	**Det angivna beloppet kvitteras härmed:** _____ Namn _____ Namnförtydligande _____ _____ Befattning Telefon

Datum: / 20 Belopp: _____ _____ Underskrift god man/förvaltare	**Det angivna beloppet kvitteras härmed:** _____ Namn _____ Namnförtydligande _____ _____ Befattning Telefon

Lämnas till Överförmyndarkontoret före den 1 mars årligen, vid sluträkning eller vid begäran.