



**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 vid begäran.