



Kungsbacka

## FULLMAKT

Härmed lämnar jag min fullmakt till att nedan personer får föra min talan i frågor som gäller insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och Socialtjänstlagen, SoL när de har kontakt med Funktionsstödsenheten i Kungsbacka kommun

1 (1)

Namn på person jag lämnar min fullmakt till:

För- och Efternamn:

Personnummer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Gatuadress:

Postadress:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Postort

E-post

Telefonnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Underskrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Personnummer

Blanketten skickas till:

Kungsbacka kommun  
Storgatan 37  
434 81 Kungsbacka

Kungsbacka kommun  
434 81 Kungsbacka

Besöksadress  
Storgatan 37

Telefon  
0300-83 40 00  
Fax  
0300-703 99

[individochfamiljeomsorg@kungsbacka.se](mailto:individochfamiljeomsorg@kungsbacka.se)