



## Mitt val av utförare inom daglig verksamhet

|                   |                   |                      |
|-------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Förnamn</b>    | <b>Efternamn</b>  | <b>Personnummer</b>  |
| <b>Adress</b>     |                   | <b>Telefonnummer</b> |
| <b>Postnummer</b> | <b>Postadress</b> |                      |

### Utförare av daglig verksamhet

☐ Hundstund

Jag samtycker till att handläggare vid myndighetsfunktionen överför information om min beviljade insats gällande daglig verksamhet till ovanstående vald utförare.

\_\_\_\_\_  
Ort & Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

---

**Mitt val av utförare lämnas till:**

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Myndighetsfunktionen  
Box 41  
221 00 Lund