



Anmälan av annan fakturamottagare

Person med beviljade insatser*

Namn	Personnr
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Mobiltelefon

Undertecknad godkänner att dennes avgiftsbeslut och fakturor från vård- och omsorgsnämndens förvaltningar hädanefter skickas till nedanstående persons adress.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Observera att blanketten ska skrivas under av den personen som har beviljade insatser.

Övrigt

--

Ny fakturamottagare

Namn	Personnr
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Mobiltelefon

Blanketten skickas till:

Oxelösunds kommun
Social- och omsorgsförvaltningen Avgiftshandläggare
613 81 Oxelösund

* Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan databehandlas för administration av ärendet. Ändamålet är därför att handlägga, administrera, utöva tillsyn och i förekommande fall avgiftsdebitera ansökningar/ärenden inom nämndens ansvarsområde. Behandling sker enbart för dess ändamål och uppgifterna kommer inte att lämnas ut till någon annan. Information om registrerade personuppgifter lämnas efter skriftlig begäran ställd till Personuppgiftsansvarig, Oxelösunds kommun, vård och omsorgsnämnden, 613 81 Oxelösund. Vill Du begära rättelse av felaktig eller missvisande uppgift kan Du vända dig till samma adress eller ringa 0155-380 00.