

Kvittens avseende bårtransport av AISAB

Beställare av transport:
(sjuksköterskans namn)

Den avlidnes namn:

Personnummer:

Adress:

Den avlidne ska transporteras till:

Transporten utförs av:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Företagets namn:

Datum:

Blanketten överlämnas till representant för kommunens särskilda boendeform i samband med hämtning av avliden.