



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Kvittens avseende bårtransport av AISAB

Datum (åå-mm-dd)

Beställare av transport:

(sjuksköterskans namn)

Den avlidnes Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och Ort

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.