



Kungsbacka

Handikappomsorg

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen. Du godkänner att din information får lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Datum

Ansökan om certifiering – kundval inom hemtjänsten

Företagets namn:	Personnummer/Organisationsnummer:
Förnamn:	Efternamn:
Utdelningsadress (gata, box eller dylikt)	
Postnummer	Postadress
Telefonnummer (Även riktnummer)	E-post:
Plusgironummer:	Bankgironummer:
Företagsform:	

Ägare alternativt delägare (1)	
Förnamn:	Efternamn:
Personnummer:	Telefonnummer:
Utdelningsadress: (gata, box eller dylikt)	
Postnummer:	Postadress:
E-post	

Ägare alternativt delägare (2)	
Förnamn:	Efternamn:
Personnummer:	Telefonnummer:
Utdelningsadress: (gata, box eller dylikt)	
Postnummer:	Postadress:
E-post	

Sänd blanketten till

Förvaltningen för Handikappomsorg
Kungsbacka kommun
Box 104 09
434 24 Kungsbacka

