

Ansökan om Överförmyndarnämndens samtycke till uttag från den enskildes spärrade bankmedel

Skicka blanketten till:

Överförmyndarnämnden
Fagersta kommun
737 80 FAGERSTA

Huvudman/Omyndig

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Postadress
Vistelseadress	Postnummer	Postadress

Ställföreträdare

Namn	Personnummer
------	--------------

Namn	Personnummer
------	--------------

Önskat uttag

Belopp	Kontonummer
	Bank

Syfte med uttaget:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Underskrift ställföreträdare

.....
Underskrift ställföreträdare

.....
Underskrift huvudman/omyndig över 16 år

.....
Ort

.....
Datum

Till ansökan bifogas

- Handlingar som styrker utgiften/kostnaden