

Val av leverantör

- Nyval** – det är första gången jag väljer leverantör
- Omval** – jag vill byta leverantör (Ett byte tar 14 dagar)

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress	Telefon (även riktnummer)

På denna blankett kan du välja leverantör för hemtjänstinsatser avseende omsorg och/eller service genom att skriva namnet på önskad leverantör. Du kan även avstå från att välja och tilldelas då den leverantör som är månadens ickevalsalternativ, enligt gällande turordningslista.

Val av leverantör – Omsorg och service

- Ickeval**, jag önskar inte göra ett aktivt val och tilldelas en leverantör utifrån turordningslistan.
- Val**, jag väljer följande leverantör:

Informationsöverföring

- Jag ger mitt medgivande till att information överförs mellan myndighetsenhet och leverantör.

Underskrift

Ort och datum:

Underskrift:

Blanketten skickas till:

Halmstad Kommun
Hemvårdsförvaltningen, Myndighetsenheten
Box 271
301 07 Halmstad