



Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen Kvittens avseende bårtransport

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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 för SLL:s inrättade/upphandlade vårdenheter eller särskild boendeform i samband med hämtning av avliden.