

## ATTESTBEHÖRIGHET - BESLUTSATTEST

### Tillsvidare

Förv. Kod	Förvaltning
175	Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen

Tjänsteställe/enhet/arbetsställe:
Verksamhetsområde:
Kostnadsställe:
Adress:

### ORDINARIE ATTESTBERÄTTIGAD BEFATTNINGSHAVARE

Namn:	
Befattning:	
Omfattning:	
Telefonnummer:	
e-mail:	
Signatur:	Namnteckning:

### ERSÄTTARE

Namn:
Befattning:
Omfattning:
Adress:
Telefonnummer:

e-mail:	
Signatur:	Namnsteckning:

**ÖVERENSSTÄMMER I ENLIGHET MED BESLUT/DELEGATIONSORDNING**

Datum:	Namnsteckning:
--------	----------------