

ATTESTBEHÖRIGHET - BESLUTSATTEST

Tillfälligt förordnande

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:

TILLFÄLLIG ATTESTBERÄTTIGAD BEFATTNINGSHAVARE

Förordnandet avser tiden:
Namn:
Befattning:
Omfattning:
Adress:

Telefonnummer:	
e-mail:	
Signatur:	Namnsteckning:

ÖVERENSSTÄMMER I ENLIGHET MED BESLUT/DELEGATIONSORDNING

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