



Eskilstuna kommun
Överförmyndarkontoret
631 86 Eskilstuna

YTTRANDE OM OMPRÖVNING AV FÖRVALTARSKAP



STRÄNGNÄS
KOMMUN

Eskilstuna
kommun

HUVUDMAN

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

FÖRVALTARE

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

ANSER DU ATT DITT UPPDRAG SKA:

BEGRÄNSAS	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
UTÖKAS	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
KVARSTÅ I NUVARANDE FORM	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
ERSÄTTAS MED GODMANSKAP	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej
UPPHÖRA HELT	Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nej

Ange anledningen till ditt ställningstagande och de övriga upplysningar du vill lämna:

Ort och datum	Underskrift av förvaltare
---------------	---------------------------

Postadress
Eskilstuna kommun
Överförmyndarkontoret
631 86 ESKILSTUNA

Besöksadress
Värjan, Alva Myrdals gata 5

Telefon,
016-710 50 80
Fax 016-710 17 94

overformyndarkontoret@eskestuna.se
Webbplats
eskestuna.se, strangnas.se