

INTYG

Härmed intygas att nedanstående person på grund av sitt hälsotillstånd inte kan medverka till eller lämna samtycke till åtgärder såsom avslut eller öppnande av konton, bankfack eller förtida uttag av försäkring m fl åtgärder av liknande karaktär.

Den enskildes personuppgifter

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Vistelseadress (om annan än ovanstående)		Postnummer	Ort
Tel bostad	Tel arbete	Tel mobil	e-postadress

Underskrift

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande och tjänstetitel