

Ankomstdatum _____

Flyttanmälan särskilt boende

Personnr _____

Patient namn _____

 Till boende _____ Datum _____ Från boende _____ Datum _____

Anmälare _____ Datum _____

E-post _____ Mobil nr _____

För att skicka in blanketten använd länk för Säkra meddelanden:<https://smt.rvn.se/filedrop/hjalpmedelkundtjanst>