

Bytte av leverandør av brukerstyrt personlig assistanse

Jeg ønsker å bytte leverandør og få tjenester fra:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Skriv inn navnet på leverandøren du velger)*

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*Ved bytte av leverandør må henvendelsen være underskrevet av bruker selv eler hjelpeverge, eventuelt annen person med skriftlig fullmakt.*

Sendes til

Avdelingsleder som er ansvarlig for din BPA ordning

Tvedestrand Kommune

Postboks 38

4901 Tvedestrand