

Meddelande om ledig bostad

1. Vårdboende

Vårdboendets namn	Boendekategori
Enhet/avdelning	Lägenhets-/rumsnummer
Ansvarig för enheten	Telefonnummer

2. Lägenhet

Storlek	Markplan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Våningsplan
---------	--	-------------

3. Föregående hyresgäst

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Anledning till flytt <input type="checkbox"/> Avliden	Datum	
<input type="checkbox"/> Byte till ann lgh/rum		Nytt lgh/rumsnr
<input type="checkbox"/> Flytt till annat boende		Nytt vårdboende

4. Övrigt

Lägenhet töms inom fem (5) dagar? <input type="checkbox"/> Ja	Tackat ja till fri städning? <input type="checkbox"/> Nej	
Övriga uppgifter		
Datum	Uppgiftslämnare	Telefonnummer

5. Blanketten skickas med e-post till

E-postadress Bostad.alf@ uppsala.se	Telefonnummer 018-727 13 49 alt. 727 52 11
--	---