|  |
| --- |
| **Kvittens avseende bårtransport**  **Namn på den avlidne:** Klicka här för att ange text.  **Personnr:** Klicka här för att ange text.  **Adress till boendet:** Klicka här för att ange text. **Postnr:** Klicka här för att ange text.  **Postadress:** Klicka här för att ange text.  **Beställare av transport**  **Sjuksköterskas namn:** Klicka här för att ange text. |
| **Bårhus den avliden transporteras till:**  Klicka här för att ange text. |
| **Transportören**  **Transport utfört av**  FONUSAISAB  Ort: Datum:    Underskrift:  **Fonus: 08–30 01 64** Journummer (dygnet runt)  Vid beslut om obduktion, borttagande av pacemaker eller annat explosivt material samt balsamering är det **AISAB** som utför bårtransporten. Telefon: **08-123 12 080**. |