|  |
| --- |
| Kvittens avseende bårtransport **Namn på den avlidne:**  **Personnr:**  **Adress till boendet: Postnr:**  **Postadress:**  **Beställare av transport**  **Sjuksköterskas namn:** |
| **Bårhus den avliden transporteras till:** |
| **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**. |