



ANSÖKAN TILL VUXENVISTELSE PÅ ÅGRENSKA

Diagnos

Datum

--	--

Personuppgifter				
Förnamn		Född år	Mån	Dag
Efternamn				
Adress				
Postnr	Ort			
Mobil		Tel bostad		
E-post adress				
Län				
Kost/Allergi <input type="checkbox"/> Normal kost <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost <input type="checkbox"/> Allergi				
Specificera specialkost				
Allergi				

Kontaktperson/anhörig	
Förnamn	Efternamn
Telnr	E-postadress

Anländer till Göteborg med Bil Tåg Flyg

Övrig information: _____

Genom att lämna uppgifter om din person godkänner du att Ågrenska registrerar dina uppgifter i vårt administrativa system. Vi använder uppgifterna i våra interna register, för uppföljning och för att skicka information om våra verksamheter. Vid angelägna frågor kan kontaktpersonerna komma kontaktas. Därutöver lämnar vi inte ut uppgifterna till annan person eller verksamhet. Du har möjlighet att få tillgång till de uppgifter vi registrerar om dig, få dem rättade, få dem raderade och få dem flyttade.

Sänd ansökan till: Ågrenska, Box 2058, 436 02 Hovås