

Datum ankomst\_\_\_\_\_

## ABONNEMANG - OMSORG PÅ OBEKVÄM ARBETSTID/NATTOMSORG

**Fakturamottagare**

Personnummer		Namn	
Adress		Postnr	Postadress
Telefon, bostad		Telefon, arbetet	

**Barn**

Personnummer	Namn

Jag har delad räkning med\_\_\_\_\_ personnr (10 siffror)

När önskar du att abonnemanget ska börja gälla?\_\_\_\_\_

Vid ändring av antalet timmar skall nytt abonnemang **lämnas senast en månad i förväg.****OBSERVERA att alla uppgifter måste vara ifyllda för att abonnemanget ska behandlas.**

Ifylld och undertecknad blankett återsändes till respektive områdesexpedition.

I övrigt gäller Regler och taxor för barnomsorg i Svalövs kommun

Datum	Namn/teckning fakturamottagare

	<b>Barnets</b>	<b>Omsorgstid</b>	<b>Vårdnads- havare 1</b>	<b>Arbetstid</b>	<b>Vårdnads- havare 2</b>	<b>Arbetstid</b>
<b>Vecka</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>
Måndag						
Tisdag						
Onsdag						
Torsdag						
Fredag						
Lördag						
Söndag						
<b>Vecka</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>
Måndag						
Tisdag						
Onsdag						
Torsdag						
Fredag						
Lördag						
Söndag						
<b>Vecka</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>
Måndag						
Tisdag						
Onsdag						
Torsdag						
Fredag						
Lördag						
Söndag						
<b>Vecka</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>	<b>Från</b>	<b>Till</b>
Måndag						
Tisdag						
Onsdag						
Torsdag						
Fredag						
Lördag						
Söndag						