

## Ansökan till Stenfasta 2012

NAMN \_\_\_\_\_

Personnr \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr och ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Har du varit på Stenfasta tidigare? Ja \_\_\_\_ Nej \_\_\_\_ (kryssa för alternativ)

Vilken period vill du boka? \_\_\_\_\_

Har du några **sjukdomar**, **mediciner** eller **allergier** som vi bör känna till?

\_\_\_\_\_

Övriga upplysningar:

\_\_\_\_\_

Hur fick du information om Stenfasta Gästhem?

\_\_\_\_\_

**NÄRMASTE ANHÖRIG** \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

**UPPGIFTSLÄMNARE (annan än sökande)**

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-postadress \_\_\_\_\_

**Ansökan skickas till:  
Äldreverksamheten/Stenfasta  
Fleminggatan 113  
112 45 Stockholm**