LYCKSELE KOMMUN
LIKSJUON KOMMUVDNA

Stöd,Vård & Omsorg

Lycksele kommun
Socialnämnden

……..
Datum

Vilken verksamhet gäller Ditt klagomål eller synpunkt?

……..

Klagomål och synpunkter

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Namn, adress, telefon (frivilliga uppgifter)

……

OBS! denna blankett ersätter inte överklagande av beslut

Postadress	Besöksadress	Telefon/telefax	Postgiro/Bankgiro
		tfn 0950-166 00 vx	Pg 6 23 56-1
921 81 LYCKSELE	Storgatan 22	fax 0950-104 88	Bg 202-4404