

ANSÖKAN OM UTTAG FRÅN ÖVERFÖRMYNDARSPÄRRAT KONTO**HUVUDMAN/OMYNDIG**

Namn*	Personnummer*
-------	---------------

STÄLLFÖRETRÄDARE

Namn *	Personnummer*
Namn *	Personnummer*

Uttag från konto (Uttagsmedgivande kommer endast att godkännas för insättning på huvudmans konto)

Från bank/clearing nummer*	Kontonummer*
Till bank/clearing nummer*	Kontonummer*
Summa angivet i kronor*	
Ändamål med uttaget*	

Underskrift ställföreträdare (god man/förvaltare/särskilt förordnad förmyndare/förmyndare)

Härmed intygas på heder och samvete att de uppgifter som lämnats i denna ansökan är riktiga

Datum	Underskrift ställföreträdare 1
Datum	Underskrift ställföreträdare 2

Underskrift huvudman/underårig (om över 16 år)

Härmed samtycker jag till ansökan om uttag från spärrat konto

Datum	Underskrift huvudman/underårig
-------	--------------------------------

Ansökan kommer att prövas inom 14 dagar efter det att komplett ansökan inkommit till överförmyndaren.

*** Obligatoriska uppgifter**

De uppgifter du lämnar i ansökan kommer att registreras i kommunens register, Wärna Go. Uppgifterna behandlas i enlighet med relevant lagstiftning.

Blanketten skickas till: Överförmyndarenheten, Hörs kommun, Box 53, 243 21 HÖÖR

Bilagor som ska bifogas ansökan:

- Kontoutdrag på det överförmyndarspärade kontot från vilket pengarna ska plockas ut från
- Eventuellt underlag till inköp/investering. Ex. offert, prisförslag på vara etc.
- Vid överföring till annan är omyndigs egna konto ska kontoutdrag bifogas där kontoinnehavare framgår (endast för förmyndare)

*** Obligatoriska uppgifter**

De uppgifter du lämnar i ansökan kommer att registreras i kommunens register, Wärna Go. Uppgifterna behandlas i enlighet med relevant lagstiftning.

Blanketten skickas till: Överförmyndarenheten, Hörs kommun, Box 53, 243 21 HÖÖR