



**Samtycke att genomföra dödsboanmälan**

Samtliga dödsbodelägare intygar härmed ett samtycke till socialförvaltningen i Orsa kommun att genomföra dödsboanmälan avseende dödsboet efter

Den avlidnes namn och personnummer:

---

---

Samtliga dödsbodelägares underskrift, namn samt telefonnummer:

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Ort och datum	Ort och datum	Ort och datum
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Underskrift	Underskrift	Underskrift
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Namnförtydligande	Namnförtydligande	Namnförtydligande
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Telefonnummer	Telefonnummer	Telefonnummer

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Ort och datum	Ort och datum	Ort och datum
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Underskrift	Underskrift	Underskrift
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Namnförtydligande	Namnförtydligande	Namnförtydligande
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Telefonnummer	Telefonnummer	Telefonnummer