



## Löpande beställning av varma matlådor

Namn	Personnummer	Leverans vecka
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Lämna blanketten till hemvårdspersonalen senast torsdagen  
två veckor innan önskad hemleverans av dina varma matlådor.**

Måndag	Kryssa
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Tisdag	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Onsdag	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Torsdag	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fredag	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Lördag	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Söndag	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Namnteckning	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>