2024-xx-xx

Mellannorrlands Hospice AB

Växthusstigen 7

852 40 SUNDSVALL

# Avvikelse i vårdkedjan

*Skriv ärendenummer här*

Avvikelser i vårdkedjan rörande Mellannorrlands Hospice AB

Angående: *namn* och *personnummer:*

Kortfattad beskrivning av händelse: *Hämtas från Flexite*

Ange avvikelse nr: …. vid svar. *Hämtas från Flexite*

Svar önskas till undertecknad på adress:

**Sundsvalls kommun**

*Verksamhet (den enhet som rapporterat in avvikelsen ex. boende, hemtjänstgrupp)*

*Namn (Enhetschef/myndighetschef)*

851 85 SUNDSVALL

Med vänliga hälsningar

*Förnamn Efternamn*

*Titel*

[*förnamn.efternamn@sundsvall.se*](mailto:förnamn.efternamn@sundsvall.se)

**Sundsvalls kommun**  
Postadress: 851 85 Sundsvall. Besöksadress: Norrmalmsgatan 4.  
Telefonväxel 060-19 10 00. [www.sundsvall.se](http://www.sundsvall.se)