



Ansökan om överförmyndarnämndens samtycke till uttag från huvudmannens spärrade bankmedel (14 kap 8 § föräldrabalken)

Solna överförmyndarnämnd  
171 86 Solna

**HUVUDMAN**

Namn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer:

Postadress:

 **GODMAN** **FÖRVALTARE**

Namn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer:

Postadress:

Telefon dagtid:

Mobilnummer:

Belopp som önskas tas ut:

Bank:

Kontonummer:

Att överföras till bank:

Kontonummer:

Ställföreträdarens namnteckning:

Huvudmannens/samtycke/datum:

Ev. maka/sambos samtycke/datum:

Syfte med uttaget:

Plats för stämpel:

Om uttaget sker för att genomföra en åtgärd som inte kan anses som vanlig, återkommande och för huvudmannens dagliga hushållning kan ställföreträdaren visa att huvudmannens samtycke erhållits genom huvudmannens undertecknade ovan. Detta förutsätter att huvudmannen har förmåga att lämna samtycke.

Solna Överförmyndarnämnd  
Besöksadress: Stadshusgången 2,  
Stadshuset, Solna Centrum  
Postadress: Solna stad  
171 86 Solna  
Telefon: 08-734 20 00  
www.solna.se