

## **Anspråk i konkursen Karins Hälsocenter i Nyköping AB (itrim Nyköping)**

*Anspråk kr:* \_\_\_\_\_ Skriv det belopp du vill ha tillbaka.

### *Anledning till*

*anspråket:*  Medlemsavgift för perioden \_\_\_\_\_ Sätt kryss i lämplig ruta och ange period eller skriv vad anspråket avser

Övrigt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### *Kontaktuppgifter*

Namn: \_\_\_\_\_  
Postadress: \_\_\_\_\_  
Postnummer och ort: \_\_\_\_\_  
E-post: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### *Uppgifter för eventuell utbetalning*

Bank: \_\_\_\_\_  
Clearingnummer: \_\_\_\_\_  
Kontonummer: \_\_\_\_\_

Blanketten skickas komplett ifylld till [advokat@heilborns.se](mailto:advokat@heilborns.se) eller till  
Heilborns Advokatbyrå  
Box 353  
611 27 Nyköping