

Betalning

Bifoga också kontaktuppgifter vid faxning av detta meddelande

Avsändare

Ange samtliga mottagare

Patientidentitet

Namn

Personnummer

Ärendenummer

Betalningsgrundande datum**Aktivitetstyp****Status****Datum**

| Aktivitetstyp | Status | Datum |
|--------------------------------|--------|-------|
| Inskrivning | | |
| Meddelande om utskrivningsklar | | |
| Utskrivningsmeddelande | | |
| Avbrott start | | |
| Avbrott slut | | |

Betalningsperioder

| Startdatum (åååå-mm-dd) | Utskrivningsklart start (åååå-mm-dd) | Beräknat till (åååå-mm-dd) | Betalningsgrundade dagar | Kallelse till SIP-möte (åååå-mm-dd) | Kallelse status |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|---|------------------------|
| | | | | | |

Betalinformation

Kostnad per dag* Antal betaldagar Sammanlagd kostnad*

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Kommentar

Signatur

Tidpunkt