

Läkarvård
Sjukvårdande behandling**Fakturaunderlag**

Mottagning:.....

ASYLSÖKANDE

Ansvar/kostnadställe:.....

Besöks- datum	LMA-nummer (obligatoriskt)	Patientens namn	Läkar- vård	Sjukv.- beh.	Patient- avgift *	Födelsedata / Personnummer	Belopp minus pat.avg.

* Se Patientavgiftshandboken

2023-11-22