

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Emma Lindmark, (emmjo23), Controller
Granskad av: Emma Lindmark, (emmjo23), Controller
Godkänd av: Emma Mollmyr, (emmmo10), Ekonomichef

Giltig från: 2025-01-30
Giltig till: 2027-01-30

Datum 20.....

Mottagande sjukhus

.....
.....
.....

Patient.....

from Sweden, born (dag) of (månad)
..... (år), is scheduled for hemodialysis treatments in the
hemodialysis departments at
(mottagande sjukhus) from (fr.o.m. datum när
behandling börjar) until (Datum när behandlingen
slutar).

We confirm that the financial commitments for the treatments will
be covered by our hospital at a maximum cost of (vad
det får lov att kosta i rätt valuta).

Number of treatments (ange antalet
behandlingstillfällen).

Please send the invoice to:

Södra Älvsborgs Sjukhus
Bestid: 6900100
FE 1064
405 83 Göteborg
SWEDEN

Södra Älvsborg Hospital

.....

(Namn på verksamhetschef)

Head of Department

Information om handlingen

Handlingstyp: Blankettmall

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Emma Lindmark, (emmjo23), Controller

Granskad av: Emma Lindmark, (emmjo23), Controller

Godkänd av: Emma Mollmyr, (emmmo10), Ekonomichef

Dokument-ID: SAS9613-1190749860-19

Version: 10.0

Giltig från: 2025-01-30

Giltig till: 2027-01-30