

Blankett Återbetalning av patientavgift i fysisk kassa

(gäller även minderårig och annan betalare)

Skriv tydligt!

Enhet:

Kontaktperson:

Enhetens telefonnummer

Ovanstående uppgifter fylls i av kassapersonalen (se även sid 2)

Patientuppgifter:

Personnummer: _____

Namn: _____

Gatuadress: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Uppgifter vårdnadshavare eller annan betalare

(om återbetalning ska ske till annan betalare än patienten)

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Postadress: _____

Utbetalning till Bank-/personkonto **(ifylls när återbetalning sker efter besöksdag)**

Bank: _____

Clearingnummer: _____ Kontonummer: _____

Patientens underskrift

*Ifylld blankett lämnas till kassapersonalen eller postas i bifogat svarskuvert.
Vi registrerar ovanstående uppgifter i vårt ekonomisystem och du kommer att få din patientavgift återbetalad därefter.*

Blankett Återbetalning av patientavgift i fysisk kassa

(gäller även minderårig och annan betalare)

Plats för kvitto

Plats för kassakvitto efter kreditering av kassapost i samband med upprättande av
Digitalt fakturaunderlag