

## Blankett för begäran om intyg vid mag- tarmmedicinska kliniken

Jag önskar få intyg utfärdat

Personnummer:.....

Specifikation vilken typ av intyg jag önskar få utfärdat och ändamålet med intyget:

.....  
.....

### Region Östergötlands prislista vid utfärdande av intyg:

	EXKLUSIVE MOMS	INKLUSIVE MOMS
<b>GRUPP 0</b>	0 kr (avgiftsfritt)	
<b>GRUPP 1</b>	100 kr	125 kr inkl moms, 25 kr
<b>GRUPP 2</b>	200 kr	250 kr inkl moms, 50 kr
<b>GRUPP 3</b>	300 kr	375 kr inkl moms, 75 kr
<b>GRUPP 4</b>	400 kr	500 kr inkl moms, 100 kr
<b>GRUPP 5 (TIMTAXA)</b>	800 kr/tim (200 kr per påbörjad 15 min.)	1 000 kr inkl moms, 200 kr. (250 kr per 15 min, moms 50 kr)

Patienten är informerad om kostnaden:  JA  NEJ

Jag godkänner att utfärdande och fakturering av kostnaden enligt prislista.

Datum: .....

Underskrift: .....

Namnförtydligande: .....

### Intyget skickas till:

Namn:.....

Adress:.....

Postadress: .....

Telefonnummer:.....

### Begäran om intyg insänds till:

Mag- tarmmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, 581 85 Linköping

Begäran om intyg är lämnad till (ifylls av MT-kliniken): .....