

**INTYG OM SJUKVÅRD
REGIONBIDRAG GLASÖGON
KVITTO - FAKTURAUNDERLAG**

 Optikern insänder ett exemplar tillsammans med aktuellt recept och samlingsfaktura till:
**Region Dalarna, Kst 50140, Box 398
RD1010, 737 26 Fagersta**
Bidragsgrupp

- Barn 0 till och med 8 års dagen
- Prisma glas
- Lästillägg icke presbyoper (under 35 år)
- Filterglas p.g.a. ljuskänslighet

Personnummer (tio siffror)

Efternamn (textas)

Förnamn

Adress

Postnummer | Postadress

Folkbokföringsadress (om annan än ovanstående)

Bidraget avser

- Glasögon enligt recept
- Byte av trasiga/repade glas
- Tät refraktionsändring enligt bidragsregler

Postnummer | Postadress

Inlämnings-/besöksdatum:

- Enstyrkeglas ≤ ±6,00 D och/eller cyl ≤ -2,00 D

 Höger
Vänster

- Enstyrkeglas > ±6,00 D och/eller cyl > -2,00 D och/eller prismaglas

 Höger
Vänster

- Bifokala och/eller prismaglas > 3 prd/glas

 Höger
Vänster

- Progressiva/Trifokala och/eller prismaglas > 3 prd/glas

 Höger
Vänster

SPECIFIKATION

Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms
Totalkostnad		

Kundens del inkl. både och övrigt

Åtgärdat enl gällande regler och riktigheten i ovanstående prissättning intygas.

 Exp optiker
(stämpel)

Riktigheten i ovanstående uppgifter intygas. Undertecknad har erhållit information om villkoren för erhållande av bidrag till glasögon och är införstådd med skyldigheten att återlämna felaktigt erhållit bidrag.

Datum | Namnteckning leg. optiker

Datum | Namnteckning kund/målsman