INTYG OM SJUKVÅRD

REGIONBIDRAG KONTAKTLINSER
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

☐ Keratokonus

☐ Övriga medicinska skäl

Personnummer (tio siffror)	
Efternamn (textas)	
Förnamn	
Adress	
Postnummer	Postadress
Folkbokföringsadress (om annan än ovansående)	
Postnummer	Postadress

Bidraget avser

☐ Initialtillpassning kontaktlins enligt recept

☐ Retillpassning/byte av kontaktlins

Inlämnings-/besöksdatum:

SPECIFIKATION

	Antal	Kostnad inkl. moms	Bidragsdel ej moms	
☐ Mjuka endagars och månadslinser				
Höger				
Vänster				
☐ Mjuka 3-6 månaders linser				
Höger				
Vänster				
☐ Korneala och semisklerala stabila linser				
Höger				
Vänster				
☐ Sklerala linser				Kundens
Höger				del inkl.
Vänster				övrigt
Totalkostnad				

Åtgärdat enl gällande regler och riktigheten i ovanstående prissättning intygas.

Exp optiker
(stämpel)

Datum Namnteckning leg. optiker

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

Datum Namnteckning kund/målsman