INTYG OM SJUKVÅRD

REGIONBIDRAG KONTAKTLINSER
KVITTO - FAKTURAUNDERLAG

Optikern insänder ett exemplar tillsammans med aktuellt recept och samlingsfaktura till:
Region Dalarna, Kst 50140, Faktura, Box 177, 791 24 Falun

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

Inlämnings-/besöksdatum:

Bidraget avser

☐ Initialtillpassning kontaktlins enligt recept
☐ Retillpassning/byte av kontaktlins

SPECIFIKATION

	Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms	
☐ Mjuka endagsars och månadslinser				
Höger				
Vänster				
☐ Mjuka 3-6 månaders linser				
Höger				
Vänster				
☐ Korneala och semisklerala stabila linser				
Höger				
Vänster				
☐ Skreala linser				Kundens del inkl.
Höger				båge och
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 glasögon och är införstådd med skyldigheten att återlämna felaktigt erhållet bidrag.

Datum Namnteckning kund/målsman