



INTYG OM SJUKVÅRD
STATLIGT BIDRAG TILL BARN OCH UNGA
8-19 ÅR
KVITTO - FAKTURAUNDERLAG

Optikern insänder ett exemplar tillsammans med aktuellt recept och faktura till: **Region Dalarna, Kst 00026, Faktura, Box 177, 791 24 Falun**

Bidragsgrupp	Personnummer (tio siffror)	
Barn och unga från 8 års dagen t o m året ut det år man fyller 19 år (800 kr/år)	Efternamn (textas)	
	Förnamn	
Bidraget avser	Adress	
☐ Glasögon ☐ Kontaktlinser	Postnummer	Postadress
Inlämnings-/besöksdatum:	Folkbokföringsadress (om annan än ovanstående)	

SPECIFIKATION

	Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms	
☐ Glasögon				
☐ Kontaktlinser				
				Kundens del
Totalkostnad				

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 erhållet bidrag.
Datum Namnteckning leg. optiker	Datum Namnteckning kund/målsman

Regionen har rätt att helt eller delvis kräva tillbaka ett bidrag som lämnats på felaktiga grunder i enlighet med SFS 2016:36

Information om personuppgifter: Dina personuppgifter registreras och vi följer bestämmelser enligt gällande lagstiftning. Enligt personuppgiftslagen (PuL) har Du rätt att ta del av de uppgifter som vi har registrerat om Dig. För begäran av registerutdrag skickas en skriftlig ansökan till, Region Dalarna Box 712 791 29 Falun, ange namn, personnummer samt underskrift.