

**INTYG OM SJUKVÅRD
REGIONBIDRAG GLASÖGON
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 ☐ Prisma glas ☐ Lästillägg icke presbyoper (under 35 år) ☐ Filterglas p.g.a. ljuskänslighet	Personnummer (tio siffror)		
	Efternamn (textas)		
	Förnamn		
	Adress		
	Postnummer	Postadress	
Bidraget avser ☐ Glasögon enligt recept ☐ Byte av trasiga/repade glas ☐ Tät refraktionsändring enligt bidragsregler ☐ Enstyrkeglas, "standard glas" $\leq \pm 6,00$ D och/eller cyl $\leq -2,00$ D Filterglas Höger Vänster ☐ Enstyrkeglas $> \pm 6,00$ D och/eller cyl $> -2,00$ D och/eller prisma Höger Vänster ☐ Bifokala glas till icke presbyoper Höger Vänster ☐ Progressiva/Trifokala glas till icke presbyoper Bifokala prismaglas med limmat segment Höger Vänster	Folkbokföringsadress (om annan än ovanstående)		
	Postnummer	Postadress	
	Inlämnings-/besöksdatum:		
	SPECIFIKATION		
	Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms
Totalkostnad			Kundens del inkl. båge 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 erhållet bidrag.	
Datum	Namnteckning leg. optiker	Datum	Namnteckning kund/målsman

