INTYG OM SJUKVÅRD
REGIONBIDRAG GLASÖGON
KVITTO - FAKTURAUNDERLAG

Optikern insänder ett exemplar tillsammans med aktuellt recept och samlingsfaktura till:
Region Dalarna, Kst 50140, RD1010,
c/o Azets Document Solutions AB,
751 75 Uppsala

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

Folkbokföringsadress (om annan än ovansående)	
Postnummer	Postadress
Inlämnings-/besöksdatum:	

SPECIFIKATION

	Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms	
☐ Enstyrkeglas, "standard glas" ≤ ±6,00 D och/eller cyl ≤ -2,00 D				
Filterglas				
Höger				
Vänster				
☐ Enstyrkeglas > ±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				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