



**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, RD1010, c/o Azets Document Solutions AB, 751 75 Uppsala																			
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																		
<input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Kontaktlinser	Postnummer	Postadress																	
	Inlämnings-/besöksdatum:																		
			Folkbokföringsadress (om annan än ovensående)																
SPECIFIKATION																			
<input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Kontaktlinser	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Antal</th> <th>Kostnad inkl. arbete o moms</th> <th>Bidragsdel ej moms</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Totalkostnad</td> <td> </td> <td>Kundens del</td> </tr> </tbody> </table>			Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms										Totalkostnad			Kundens del
	Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms																
Totalkostnad			Kundens del																
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.