Återbetalning av patientavgift pga. felaktig debitering

Återbetalning av betald patientavgift för öppen- och slutenvård då debiteringen visat sig felaktig.

**OBS!** Detta underlag är endast giltigt tillsammans med kvitto på betald patientavgift.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fylls i av vårdpersonal** | | |
| **Patientens personnummer** | | |
| **Patientens förnamn** | | **Patientens efternamn** |
| **Orsak för återbetalning** | | |
| **Datum för besöket** | Plats för kvitto | |
| **Belopp att återbetala** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intygas av mottagning** | |
| **Ort och datum** | **Underskrift** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fylls i av patient** | |
| **Adress** | **Telefonnr dagtid** |
| **Postnummer** | **Postort** |
| **Bank** | **Bankkonto inkl. clearingnummer** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ifylld blankett skickas till** | **Frågor besvaras av** |
| Region Halland  GAS Redovisningsservice, team patient  Box 517  301 80 Halmstad | GAS, gemensam administrativ service  Telefonnummer: 010-45 53 970 |