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 |