

Debitering av icke återlämnat hjälpmedel

Datum:

Namn:
Personnummer:
Adress:

Då ni trots begäran inte återlämnat följande hjälpmedel: (*där det medicinska behovet upphört*)

Individnummer:	Benämning:

kommer Hjälpmedelscenter fakturera er kr exkl. moms om hjälpmedlen inte återlämnas inom 30 dagar från ovan angivet datum. Moms med 25 % tillkommer.

Hjälpmedlen kan omgående återlämnas till ansvarig förskrivare alternativt kontaktas Hjälpmedelscenter för hämtning av aktuella hjälpmedel på tel. 0455-73 6335.

Med vänliga hälsningar

Ansvarig förskrivare_____
Telefonnummer_____
Yrkestitel_____
Arbetsplats

Fylls i av Hjälpmedelscenter:

- Hjälpmedel återlämnade till Hjälpmedelscenter. Datum: Sign:
- Meddelats ovanstående förskrivare. Datum: Sign:
- Kundorder nr: Datum: Sign:

Blanketten arkiveras på Hjälpmedelscenter.

Information till förskrivare: Hjälpmedlets ekonomiska restvärde, m.m. erhålls från Hjälpmedelscenters kundtjänst. Kopia på detta underlag sänds till Hjälpmedelscenter, Att: Kundtjänst, Wämö center, 371 81 Karlskrona.
--