



### REFUSJON AV REISEUTGIFTER FRITT KLIENTELL (2021)

Reiseutgifter ved nødvendig tannbehandling.

Dekkes etter «Forskrift for dekning av skyssutgifter i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland»

Personalia:					
Pasient:		Adresse:			
Født:					
Behandlings- dato(er)					
Reise:					
Fra:		Til:		Tur/retur (sett kryss) <input type="checkbox"/>	
<p>Egen bil – antall kilometer: _____ x 2,70 =           kr. _____</p> <p>                                                                                  Buss:                                   kr. _____</p> <p>                                                                                  Båt/ferje:                           kr. _____</p> <p>                                                                                  Drosje:                               kr. _____</p> <p>                                                                                  Fly:                                   kr. _____</p> <p>                                                                                  Bompenger:                       kr. _____</p> <p>                                                                                  Parkering:                       kr. _____</p> <p>                                                                                  Sum:                                 kr. _____</p> <p><b>Fratrekk egenandel (enkel kr. 159, tur/retur kr. 318) -</b> kr. _____</p> <p><b>Totalt til utbetaling:</b>                                           <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span></p>					
<b>Kontohaver:</b>		<b>Kontonr.:</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>			
Navn: _____		<b>eller samme som pasient</b> <input type="checkbox"/>			
Adresse: _____					
Postnr./sted: _____					
Sted/dato		Underskrift (pasient/ledsager)			
<b>Reiseutgifter i henhold til originalkvitteringer utbetales til oppgitt konto.</b>					
For tannklinikk:					
Pasient tilhører gruppe: _____					
<b>Det attesteres at ovennevnte pasient er berettiget til refusjon av reiseutgifter etter gjeldende retningslinjer.</b>					
Tannklinikk: _____		Stempel			
Signatur: _____					