

*Ansökan inlämnas eller sänds till
avd 108 tillsammans med
originalkvitto*

ANSÖKAN OM TANDVÅRDSERSÄTTNING

Person nr:.....-..... Namn:.....

Adress:..... Post nr:.....Ort:.....

Tandläkare:.....

Erlagd avgift kr:-..... Behandlings datum:.....

OBS! Avgiften måste styrkas med originalkvitto.

Jag vill ha ersättning insatt på konto:.....-.....
Clearingnr. kontonr.

Datum:.....

Egenhändig namnteckning:.....

Ansökan beviljad med kr:-

Utbetald ersättning inom senaste 12 månaderna. kr:

Reducerad ersättning p.g.a. utbetalningar överstigande 20 000 kr:-

med kr:-

Pappers avd. 108.....
Firmatecknares underskrift

.....
Utbetalt / datum / Signatur

