



Tandvårdsersättning

TF159

Medlemmens namn _____ Personnr: _____

Tandläkare	
Datum	Mottagning
Plats	
Beskrivning av behandling utförd	

Kostnader	
Kostnad för behandling enligt kvitto	Kronor:
Ersättning till medlem i enlighet med stadgar gällande TF159, 70% max 2100 kr per kalenderår	Kronor:
Plats för övriga upplysningar:	
Ersättning överförs till bank/personkonto med nr:	

Medlem _____ Datum _____

Kassör _____ Datum _____