



Rekvision – Glasögonbidrag

- Skrivs ut och lämnas till brukare att ta med till vald optiker
- Giltig 3 månader från utskriftsdatum
- Detta är en personlig värdehandling och får inte överlåtas.
* = Fylls i av förskrivare

*Namn	*Personnummer
Adress	Telefon

Utfärdad av

*Namn	*Datum	Stämpel
*Arbetsplats – v.g nedan ange faktureringsadress	*Telefon	

Glasögonrecept

	Sfärisk	Cylinder	Axel	Add	Prisma	Bas	Visus
*Höger							
*Vänster							

Övrigt

* Beviljat bidragsbelopp totalt inkl. moms

Kvittering vid leverens/mottagande av glasögon

Datum	Mottagits av - underskrift vårdnadshavare
-------	---

Till Leverantören: Den kvitterade rekvisition ska alltid bifogas fakturan. F-skattsedel krävs.

Belopp överstigande bidraget samt faktureringsavgift godkänns inte av Landstinget i Kalmar län.

Fakturaadress:
V-vik, V-by, O-hamn
Region Kalmar län
Fakturascanning ref 3270101
Box 601
391 26 Kalmar

Fakturaadress:
Kalmar
Region Kalmar län
Fakturascanning ref 1270101
Box 601
391 26 Kalmar

Vid frågor om fakturahantering kontakta _____
Vid frågor om förskrivning kontakta person som utfärdat rekvisitionen.