Räkningsunderlag för stödpersoner

Skall vara patientnämnden tillhanda den 3:e varje månad

Patientnämnden
Regionhuset
971 89 Luleå

Både räkningsunderlag och rapport ska skickas in. Ett räkningsunderlag per patient. Räkningsunderlag ska skickas in oavsett om man har träffats fysiskt eller inte och oavsett om man haft resor eller inte.

RÄKNINGSUNDERLAG – FYLLS I AV STÖDPERSON

Stödpersonens personnummer		Avser veckorna (underlag för arvode)		
Namn				
Adress				
Postnummer/ort				
Telefonnummer		Patientens signatur (viktigt att ej skriva ut namnet)		
Datum	Resväg	Egen bil, km	Allm färd-medel, kr	Övrig resekostnad, kr
	Summa	0	0	0

Underteckning stödperson (obligatorisk)

…… …….. ……

Ort Datum Underskrift

UTBETALNINGSORDER – FYLLS I AV PATIENTNÄMNDEN

	Summa kr		**K-ställe**
Arvode			01217
Omkostnad			01217
Slag av reseersättning	**Antal**	**Sort**	**K-ställe**
Egen bil		km	01217
Allmänna färdmedel mm		kr	01217

Beställningsattest	Beslutsattest
Datum	

REGION NORRBOTTEN