

 Ansvar 4805.

TANNKLINIKK:………………………..

|  |
| --- |
| Pasientens navn: Født: dag måned år.    |
| Adresse:    |
| Dato  | Reiserute  | Retur  | Reisemåte \*)  | Km.  | Beløp  |
| Fra  | Til  |
|    |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |
| \*) Kvittering for reiseutlegg må legges ved.   |   |
|      Kontonummer  |  Sum kr - Egenandel ”  Utbetales ”  |    |
|   |
|  Mottakers underskrift  |  Attestert den / 24 |
|  Tannhelsepersonell  |