

Blankett 1
 HJÄLPMEDEL VID FLYTT

Hjälpmedel som medtagits vid flytt till er

Nedanstående person har flyttat till er region/kommun och tagit med sig en del hjälpmedel, se bifogad förteckning.

Enligt överenskommelse om **Övertagande och fakturering för hjälpmedel som medtas vid flytt in/ut ur länet** ska en ekonomisk uppgörelse träffas med den nya sjukvårdshuvudmannen när respektive hjälpmedels restvärde, inklusive tillbehör är minst 4000 kr.

I bifogad lista, Blankett 2, finns de hjälpmedel som avses.

Personuppgifter och ny adress

Personnummer och namn
Adress
Postadress
Telefon

Har vi inte hört något från er **senast 60 dagar** fr o m _____
 tolkar vi det som ett ”ja” och att ni därmed övertar hjälpmedlen och ansvaret för dessa.
 I bifogad lista blankett 2 finns de hjälpmedel som avses.

Eventuella frågor kan ställas till undertecknad

Med vänlig hälsning

Namn _____

Telefon och E-post _____

Härmed bekräftas att vi:

Övertar Ej övertar

ägandeansvaret enligt blankett 2 och godkänner fakturering enligt bifogad lista,
 blankett 2.

Ort och datum
Underskrift
Namnförtydligande
Telefon och e-post
Fakturaadress (inklusive organisationsnummer)