

# Faktura sjukvårdande behandling

# skandia:

Blanketten sänds till:  
Skandia  
Dokumenthantering, R812  
106 37 Stockholm  
Tfn: 020-55 55 00

## Behandlare

## Kund

Behandlarens namn, adress och tfn		Privatvårdskort (namn, personnummer)	
Arvodet utbetalas till Plusgironummer			
Arvodet utbetalas till Bankgironummer			
Innehar F-skattesedel <input type="checkbox"/> Ja	Organisationsnummer	Fakturanr	Fakturadatum

## Faktura (Ifylls av behandlaren)

Diagnos/symtom	Remiterande läkare	Remissdatum
----------------	--------------------	-------------

## Behandlingstillfällen

Datum	Arvode	Datum	Arvode

Totalsumma, kronor

Är behandlingen avslutad?  Ja  Nej

## Underskrift

Jag förbinder mig att inte debitera Försäkringskassa eller Landsting kostnad för denna behandling

Datum (AAAA-MM-DD)

Behandlarens namnteckning

Försäkringsaktiebolaget Skandia (publ)  
Säte: Stockholm  
Org.nr: 502017-3083



30017:4

30017:4

SID 1 (1)