|  |  |
| --- | --- |
| Adressatens namn  Utdelningsadress  Postnummer Ort |  |

**Fakturering av hjälpmedel som inte återlämnats trots anmodan**

Gäller hjälpmedel med individnr

Ovanstående hjälpmedel har inte återlämnats trots

muntlig påminnelse

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

och samt

skriftlig påminnelse

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

och

Det/ de hjälpmedel som du lånar tillhör vårdgivaren.

I samband med förskrivning av hjälpmedlet/en informerades du om lånevillkor,

eventuellt upprättades ett låneavtal och en muntlig överenskommelse om lån gjordes.

Enligt lånevillkoren är du skyldig att ersätta kostnad för hjälpmedel som inte lämnas tillbaka på förskrivarens anmodan.

Med hänvisning till ovanstående faktureras du kostnaden för ovanstående hjälpmedel.

Fakturan avser restvärde.

Med vänlig hälsning

*Namnförtydligande*

*Titel*

*Enhet*

*Adress*

*Ort*