## 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 **Betalning 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 2000 kr.

|  |
| --- |
| 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) |
|  |
|  |
|  |