



## Oasen boende- och vårdcenter k.f

Dagverksamhet Oasen

### BETALNINGSFÖRBINDELSE

#### Deltagare

Namn	Personbeteckning
Adress	Postadress
Telefon	

#### Faktureringsuppgifter

<b>Kommunens betalningsandel faktureras:</b>	
Kommun	
Adress	Postadress
Kontaktperson och telefonnummer	
<b>Deltagarens egenavgift faktureras:</b>	
Namn	Personbeteckning
Adress	Postadress

#### Vårdperiod

Vårdperioden gäller tillsvidare <input type="checkbox"/>	för viss tid <input type="checkbox"/>
Om vårdperioden gäller för viss tid, för vilken tid avses i denna betalningsförbindelse	

**Kommun:**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Underskrift och namnförtydligande