**Fakturainnsigelse utskrivningsklare døgn**

Sendes pr post eller e-post til:

Finnmarkssykehuset, Sykehusveien 35, 9601Hammerfest
E-post: Postmottak@finnmarkssykehuset.no

|  |
| --- |
| **Innsender**  |
| Navn  | Tittel |
| Kommune | Tlf | E-postadresse |
| **Fakturaopplysninger** (NB. Alle felt må fylles ut) |
| Fakturanummer |
| Klinikk |
| Utskrivende enhet i Finnmarkssykehuset |
| NPR ID-nummer |
| Hvilken periode/måned gjelder faktura for |
| Antall døgn kommunen er fakturert for |
| Innsigelse antall døgn |
| Bakgrunn for innsigelsen |
| **Kommentar** |
|  |
| Sted og dato. | Signatur |