**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 | | |