

Reseräkning för patientföreträdare

Resans ändamål _____

Datum _____ Plats _____

Föreningens namn _____

Namn _____ Persnr _____

Adress _____

Postnr _____ Ort _____

Tel/Mobil _____

Bil – antal km _____

Tåg – kostnad biljett _____

Buss – kostnad biljett _____

Övriga kostnader _____

Bifoga kvitton/biljett eller motsvarande.

Bank _____

Clearingnr _____ Kontonr _____

Personkonto _____

Datum och underskrift

Attest

Skickas till postadressen nedan

Postadress:
RCC UPPSALA ÖREBRO
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Besöksadress:
Dag Hammarskjölds väg 54 A
751 83 Uppsala

Register och vårdprogram
Telefon: 018 – 15 19 10
Fax: 018 – 71 14 45

Kansli
Telefon: 018 – 15 19 70
Fax: 018 – 71 14 47
www.rc uppsalaorebro.se

Adress:
Regional Cancer Centre
University Hospital
SE-751 85 Uppsala, SWEDEN
Phone: + 46 – 18 15 19 10 / 15 19 70
Fax: + 46 – 18 71 14 45 / 71 14 47