



**AVD. 106
VALLVIK**

Tandvårdskassa
106 Vallvik

ANSÖKAN OM TANDVÅRDSERSÄTTNING

Person.nr _____ Namn _____

Adress _____ Post.nr _____ Ort _____

Tandläkare & Bifoga kvitto _____

Erlagd avgift _____ Behandlingsdatum _____

Jag vill ha ersättningen insatt på konto.nr _____

Datum _____ Underskrift _____

Pappers avd 106

Ansökan beviljad med _____

Avslag eller reducerad p.g.a _____

Tidigare erhållen ersättning _____

Datum _____ Pappers avd 106 _____