



År: \_\_\_\_\_

Mån: \_\_\_\_\_

Beh.dag: \_\_\_\_\_

---

## ANSÖKAN OM TANDVÅRDSERSÄTTNING

Personnr: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ Namn : \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mejladress: \_\_\_\_\_

Jag vill ha ersättningen insatt på konto \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**OBS! Alla siffror skall vara med!** Clearingnr. Kontonummer

**Härmed ansöker undertecknad om tandvårdsersättning från Pappers Avd. 150  
Lilla Edet**

**Lilla Edet den \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_  
Namnunderskrift

Medlem i Pappers avd. 150 sedan \_\_\_\_\_ Skuldfri \_\_\_\_\_

Tidigare erhållna ersättningar \_\_\_\_\_

Anm. \_\_\_\_\_

Beräknat : \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Utredarens signatur  
100% 60%

Beviljad med kronor \_\_\_\_\_ Avslagen p.g.a. \_\_\_\_\_

Pappers avd. 150 \_\_\_\_\_  
Firmatecknares underskrift