

### 1. Opplysninger

Helsestasjonens navn	
Helsestasjonens organisasjonsnummer	Kommunens navn
Adresse	
Helsestasjonens daglig leder	
Telefonnummer	Faksnummer
E-postadresse(r)	Kontonummer ved utbetaling av oppgjør
Personer som skal ha fullmakt til å signere samleregningen	

### 2. Underskrift

Sted og dato	Underskrift av helsestasjonens daglig leder*
--------------	--

#### Opplysnings skjema sendes til:

**HELFO region vest**  
Postboks 14, 4097 Sola  
Telefon: 52 04 75 50  
E-post: [regionvest@helfo.no](mailto:regionvest@helfo.no)