

**OPPLYSNINGSSKJEMA TANNLEGE – DIREKTE OPPGJØR
HELFO regionkontor
(Fylles ut av behandleren)**

Navn	
Fødselsnummer (11 siffer)	
Klinikk	
Kontoradresse	
Postadresse	
Postnr./sted	
Telefonnummer	
E-post:	

Boligadresse	
Postnr./sted	

Bankkontonummer	
Evt. spesialitet	

Vedlagt:

- Underskrevet mønsteravtale
- Autorisasjon som tannlege
- Evt. dokumentasjon på spesialkompetanse

Behandlerens underskrift _____ **dato** ___/___.