

Flyttanmälan när brukare flyttar från Västernorrland län *Du som anmäler, fyll i fält markerade med **

Brukare		Anmälare	Övrig info*
Personnr *		Namn *	
Namn *		Arbetsplats *	
Ny adress *		E-post *	
Postnr-ort *		Tel.nr *	
Tel.nr *		Datum *	

Inflyttningsdatum	Kontaktperson			
Inflyttningsdatum *	Ny förskrivare *	Arbetsplats *	Tel.nr *	E-post *

Ovanstående person har flyttat till er region/kommun och tagit med sig en del hjälpmedel, se nedan.

Enligt den nationella överenskommelse om "Betaling för hjälpmedel som medtas vid flytt in/ut ur länet" ska en ekonomisk uppgörelse träffas med ny sjukvårdshuvudman när restvärde överstiger 4000kr. Har vi inte hört något från er senast **60 dagar fr.o.m.** _____ så tolkar vi det som ett "Ja" och att ni därmed övertar hjälpmedlen och ansvaret för dessa.

Önskade hjälpmedel att ta med vid flytten

IDnr *	Serienr	Benämning *	Leverantörs artnr	Leverantör	Inköpt år	Inköpspris	Restvärde	Försäljnings pris	Övertas JA	Övertas NEJ

För att skicka in blanketten använd denna länk för Säkra meddelanden: <https://smt.rvn.se/filedrop/hjalpmedelvasternorrland>