**Hyra av hjälpmedel till extern vårdgivare/företag/myndighet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Underskrift av hyrestagare** |
| **Adress** | **Namnförtydligande** |
|  | **Utlämnat av Telefon** |
| **Telefon** | **Återlämnat hjälpmedel mottaget av** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hjälpmedel** | **ID nr** | **Utlämnat datum** | **Återlämnat datum** | **Säng/personlyftar 600 kr**  **Vissa ID-märkta hjm 400 kr / 200 kr**  **Enklare hjm inkl rollator 200 kr /100 kr**  **Per påbörjad månad/ Vid lån över helg eller 2-3 dagar**  **Kryssa antal månader** | **Totalsumma** |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | Maxbelopp 1000 kr per påbörjad månad |  |
|  |  |  |  | Utkörning/hämtning/service 400 kr  Ingår inte i maxbeloppet. |  |
|  |  |  |  | **Att fakturera:** Priserna är exklusive moms |  |