**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 |  |