**Fakturainnsigelse utskrivningsklare døgn**

Sendes via Altinn/digital forsendelse til organisasjonsnr. 983 974 899

eller per post til: Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Postboks. 100, 9038 Tromsø

|  |
| --- |
| **Innsender**  |
| Navn  | Tittel |
| Kommune | Tlf | E-postadresse |
| **Fakturaopplysninger** (NB. Alle felt må fylles ut) |
| Fakturanummer |
| Klinikknummer  |
| Utskrivende enhet på UNN |
| Fødselsnummer på pasienten det gjelder |
| Hvilken periode/måned gjelder faktura for |
| Antall døgn kommunen er fakturert for |
| Innsigelse antall døgn |
| Bakgrunn for innsigelsen |
| **Kommentar** |
|  |
| Sted og dato. | Signatur |

Ved spørsmål, kontakt Samhandling og helsetjenesteutvikling, se kontaktinformasjon på [www.unn.no/samhandling](http://www.unn.no/samhandling)