**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)