

Bruttolönavdrag

*Fakturaunderlag för bruttolönavdrag
vid kiropraktisk behandling*

Patient / Anställd:

Namn: _____

Personnummer: _____ Telefonnummer: _____

Adress: _____ Postnummer: _____ Ort: _____

Emailadress: _____

Företag / Fakturamottagare:

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____ Ev. referensnummer: _____

Ansvarig underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Fakturaunderlaget gäller för behandlingar under perioden: _____ till: _____



Halmstad Kiropraktikmottagning Leg. Kiropraktor Håkan Bengtsson

Kungsgatan 3, 30245 Halmstad

0705-125072 / hakan.kiropraktor@telia.com / www.kiropraktorhalmstad.se