

INTYG för överklagan av utfärdad kontrollavgift

Härmed intygas att patienten nedan har varit på SUS i ett **AKUT** ärende och att patienten var så sjuk/skadad att det fanns hinder vid ankomsten för att erlægga parkeringsavgift eller att den sökande inte hade någon anhörig med sig som kunde administrera detta.

Patientens namn: _____

Underskrift av ansvarig läkare

Namnförtydligande

Stämpel för verksamheten

Datum och tid för akutbesöket. Fr o m _____ T o m _____

Denna blankett används som bilaga till överklagan som du kan hitta på www.pmalm.se
Se flik under Reklamation.

Detta intyg garanterar inte att kontrollavgiften avskrivs.