

Faktureringsunderlag

Personuppgifter och behandling

Namn:			
Personnummer:		Telefon:	
E-post:			

Behandling/Operation:			
Behandlingsdatum:		Totalpris:	SEK

Företagsuppgifter

Företagsnamn:	Organisationsnummer:		
Telefon:	Fax:	E-post kontaktperson:	
Fakturaadress:	Postnr och ort:		
Fakturareferens/Kostnadsställe:			

Härmed godkänns att ovanstående behandling faktureras vårt företag ovan

Ort och Datum:	
Arbetsgivarens underskrift:	
Namnförtydligande:	

Underlaget lämnas till Sokolova Gynkliniken senast 3 dagar innan besöket

Sokolova Consult AB Västra Hamngatan 13A 411 17 Göteborg http://sokolovagynklinik.se/	Telefon 031 13 33 37 Bankgiro: 594-2735	Org nummer SE556992-8749 Säte: Göteborg Godkänd för F-skattsedel
--	--	--