



Närmare information på  
[www.fpa.fi/foretagshalsovard/serviceproducent](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard/serviceproducent)



Fyll i blanketten noggrant och kontrollera att alla  
nödvändiga bilagor finns med (SV 111 TTHr eller  
SV 113 TTHr).

Skicka blanketten med bilagor till handläggningsstället  
för redovisningar.

Kontaktuppgifterna till handläggningsställena finns på  
[www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt)

Om vi behöver ytterligare uppgifter tar vi kontakt.

**i Med den här blanketten söker producenten av företagshälsovårdstjänster ersättning för företagshälsovårdstjänster som producenten tillhandahållit för företagare och lantbruksföretagare.**

- Redovisningen kan göras av en hälsovårdscentral eller en privat producent av företagshälsovårdstjänster som ingått avtal om redovisningsförfarande med FPA.
- Meddela uppgifterna på utredningsblanketterna SV 111 TTHr och SV 113 TTHr **som separata redovisningar**. En och samma redovisning får innehålla högst 25 enskilda utredningsblanketter.
- Meddela kostnader som är fördelade på olika kalenderår som separata redovisningar.

**Ansökningstid:** 6 månader efter att företagshälsovården getts

Redovisningens nummer – **ifylls av FPA**

---

## 1. Uppgifter om redovisningen

---

Redovisningen gäller

företagshälsovårdstjänster för företagare och lantbruksföretagare (SV 111 TTHr)

eller

gårdsbesök hos lantbruksföretagare, uppgörande eller justering av verksamhetsplan och intervjuer om lantbruksföretagarens arbetsförhållanden (SV 113 TTHr)

---

Redovisningen innehåller \_\_\_\_\_ st utredningsblanketter

Ersättning som söks sammanlagt \_\_\_\_\_ euro

## 2. Uppgifter om redovisaren

---

**i** Uppgifter om hälsovårdscentralen eller den privata producenten av företagshälsovårdstjänster som ingått avtal om redovisningsförfarande med FPA.

Redovisande enhet

---

Adress

---

Postnummer

Postanstalt

---

### 3. Kontonummer

---

 Kontonummer till vilket ersättningen önskas inbetald.

Om du vill kan du ange

referensnummer \_\_\_\_\_

eller

uppgift i meddelandefältet \_\_\_\_\_

### 4. Kontaktperson som svarar för innehållet i redovisningen

---

 Person som kan ge ytterligare information om uppgifterna i denna redovisning.

Namn \_\_\_\_\_

E-postadress \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Hur och när vill personen bli kontaktad? \_\_\_\_\_

### 5. Kontaktuppgifter för mottagaren av redovisningsbeslutet

---

 Kontaktuppgifter för postning av redovisningsbeslutet.

Mottagare av beslutet \_\_\_\_\_


Mottagarens adress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_

Postanstalt \_\_\_\_\_

### 6. Övriga upplysningar

---

 Ange med en siffra vilken punkt på blanketten du hänvisar till.

### 7. Underskrift

---

 Redovisningen kan undertecknas av en företrädare för hälsovårdscentralen eller för en privat producent av företagshälsovårdstjänster som ingått avtal om redovisningsförfarande med FPA.

**Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela FPA om de ändras.**

Ort och datum \_\_\_\_\_

Underskrift och namnförtydligande \_\_\_\_\_