



Närmare information
www.fpa.fi/foretagshalsovard

Kontaktinformation till handläggningsställena finns på
www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt



Fyll i ansökan noggrant och kontrollera att nödvändiga
bilagor finns med.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.

i Företagare eller lantbruksföretagare

Med denna blankett kan du ansöka om ersättning för kostnader i anslutning till företagshälsovården. Du kan bifoga flera utredningsblanketter till en ansökan (SV 111 TTHr och/eller SV 113 TTHr).

Ersättning kan betalas endast om FöPL- och/eller LFöPL-försäkringen är i kraft när företagshälsovårdstjänsterna ges.

FPA ber vid behov om kvittot eller annan tillförlitlig utredning i efterhand för att kontrollera ansökningstiden eller betalningen.

Ansökningstid: 6 månader från det att kostnaderna betalades

1	Personbeteckning	Efternamn och förnamn
Uppgifter om företagaren	<input type="text"/>	
Företagaren för vars kostnader ersättning söks.	Telefonnummer	E-postadress

i FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

Jag betalar

FöPL-försäkring och/eller LFöPL-försäkring

2	Kontonummer	i Om ditt bankkonto är utländskt ska du också ange BIC-koden.
----------	--------------------	--

Om du vill kan du meddela referensnummer eller uppgift för meddelandefältet: _____

i Du kan ge ett företag eller en annan person fullmakt (punkt 4) att ta emot den ersättning som beviljas dig.

3	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.
Underskrift	Datum Företagarens/Egenföretagarens underskrift och namnförtydligande

4	Jag befullmäktigar härmed nedan nämnda företag eller person att lyfta min ersättning.
Fullmakt	Det befullmäktigade företags namn och FO-nummer eller den befullmäktigade personens namn och personbeteckning
	Det befullmäktigade företags eller den befullmäktigade personens adress
	Postnummer Postanstalt
	Det befullmäktigade företags eller den befullmäktigade personens kontonummer
	Företags företrädarens namn och telefonnummer
	Datum Företagarens underskrift och namnförtydligande

