



Närmare information
www.fpa.fi/foretagshalsovard/serviceproducent



Fyll i redovisningsblanketten 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 handläggningsställen finns på www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi er.

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 producent av företagshälsovårdstjänster som ingått avtal om redovisningsförfarande med FPA.

Redovisande enhet

Adress

Postnummer

Postanstalt

Ange också uppgifter om producenten av företagshälsovårdstjänster när företagshälsovårdstjänster ordnas i form av avtal om köp av tjänster om de inte är de samma som för redovisaren.


Producent av företagshälsovårdstjänster

Verksamhetsställets 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.

Datum _____

Underskrift och namnförtydligande _____