

|  |
| --- |
| **Ansøgning om refusion af udgift til sonderemedier** |
| Navn:  |
| CPR-nummer:  |
| Adresse: |
| Postnummer: |
| By: |
| Jeg har vedhæftet følgende: | Sæt kryds |
| * Dokumentation for, at der er tale om udgift til sonderemedier til brug for indtagelse af et lægeordineret ernæringspræparat.
 |  |
| * Dokumentation for udgiftens afholdelse.
 |  |
| Jeg erklærer herved på tro og love, at jeg ikke modtager økonomisk tilskud eller refusion fra anden side i forbindelse med udgifter til indkøb af sonderemedier. |
| Dato: | Underskrift: |