

ANSÖKAN
om prisändring eller utträde
ur förmånerna för
förbrukningsartikel

Typ av ansökan

Prishöjning Prissänkning Utträde

Företagets namn, organisationsnummer och adress

Kontaktpersoners namn, telefon, fax och e-post

Förbrukningsartiklar

Förbrukningsartiklar			<i>Ifylls endast vid prisändring</i>	
Varugrupperings -kod	Varunummer	Produktnamn	Begärt AIP	Önskat datum för prisändring eller utträde (högst tre månader efter ansökan)

Skäl för ansökan om prishöjning (ifylls inte för prissänkning eller utträde)



ANSÖKAN
om prisändring eller utträde
ur förmånerna för
förbrukningsartikel

Alla uppgifter måste vara ifyllda för att ansökan ska anses vara komplett.

Underskrift

Datum

Namnteckning

- Handling som styrker att undertecknaren är behörig finns hos TLV.
- Handling som styrker att undertecknaren är behörig bifogas.

Ansökan skickas till:

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Box 225 20
104 22 Stockholm