**Låneförbindelse Hjälpmedel. Hälso-och sjukvård Region Gävleborg**

Långivare/förskrivare Låntagare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn       | Personnummer       |
| Yrke       | Namn       |
| Arbetsplats       |  |
| Adress       |  |
| Postadress       |  |
| Tel.nr (även rikt nr.)       |  |

Jag har idag lånat följande hjälpmedel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sesamnr. | Antal | Hjälpmedel | ID-nummer |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| Lån på viss tid – hjälpmedlet lämnas tillbaka senast (datum)       |

|  |
| --- |
| **Jag har läst och förstått lånevillkoren** |
|  |
| Ort       Datum       |
|  |
|  |
| Låntagarens eller vårdnadshavarens/god man/ombud enligt fullmakt/särskilt utsedd förvaltares namnteckning |