

Information till beslutsattestant i Region Skåne:

- Fakturor som innehåller patientuppgifter skall sekretessmarkeras.
- Bidraget ska konteras mot konto 58411, kosmetiska proteser.
- Eftersom kostnaden är ett bidrag till patient är momsen inte avdragsgill.

**Rekvision för peruk/postisch/toupé/annat löshår och tatuering av ögonbryn och eyeliner** Maximala bidragsbeloppet är 7 500 kr inklusive moms per 12 månaders period.

Rekvisionen är en personlig värdehandling.

Personnummer	Patientens namn	Rekvisionen är giltig 12 månader från utfärdandedatum och gäller: Peruk/postisch/toupé/annat löshår Tatuering av ögonbryn eller eyeliner
Gatuadress		
Postnummer	Ort	

Fakturaadress:	Vårdgivande enhet/klinik
	Handläggare
RSid/ref:	Telefon

Nedanstående fylls i av salongen/leverantören:

Art.nummer	Antal	Produkt	Pris, inkl moms	Utprovning

Information till salongen/leverantören**Salongen/leverantören ansvarar för att kolla att rekvisitionen är giltig innan försäljning och att patienten legitimerar sig.**

Patienten ska erhålla ett kvitto på inköpt produkt, inklusive moms. Om produkten kostar mer än bidragets storlek betalar patienten mellanskillnaden direkt till salongen/leverantören.

Fakturerings och betalningsvillkor:

- Betalning erläggs mot faktura efter utförd och godkänd leverans
- Betalningsvillkor 30 dagar netto räknat från fakturans ankomstdag
- Betalning ska ske i svenska kronor (SEK)
- Fakturan ska innehålla de uppgift om leverantörens plus-/bankgironummer, organisationsnummer, innehav av F-skattebevis samt kontaktuppgifter.
- Fakturan får inte innehålla fakturerings-, småorder-, miljö-, MOSA och/eller expeditionsavgift
- Felaktig faktura ska krediteras
- Fakturan ska innehålla specifikation enligt ovan och specificerad moms.
- Kopia på denna rekvisition ska bifogas fakturan

Enligt en ny lag som gäller från 1 april 2019 ska alla leverantörer till offentlig sektor skicka e-faktura.
<http://www.skane.se/organisation-politik/Att-gora-affarer/faktura>**Med stöd av gällande regelverk förskrivs ovanstående bidrag:**

Datum	Förskrivarens underskrift	Titel	Telefon
	Namnförtydligande	Ev. kommentar	

Datum	Salongen/leverantörens underskrift	Telefon
	Namnförtydligande	