

INTYG FÖR AVSKRIVNING AV KONTROLLAVGIFT

## **Ansökan för patienter angående avskrivning av kontrollavgift (P-bot) inom Danderyds sjukhusområde**

Härmed intygas att nedanstående patient blivit kvarhållen för vård och som en följd av detta har erlagd parkeringsbiljett utgått och kontrollavgift utfärdats.

\_\_\_\_\_  
Namn Tel nr

Patient:

\_\_\_\_\_  
Fordonets reg nr:

\_\_\_\_\_  
Datum Tid

Besökstid from:

\_\_\_\_\_  
Datum Tid

tom:

**Ovanstående intygas:**

\_\_\_\_\_  
Vårdgivare/avdelning

\_\_\_\_\_  
Undertecknande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Tel nr

Ansvarig läkare/sjuksköterska

Mailas till [locum@apcoa.se](mailto:locum@apcoa.se)