



ANSÖKAN OM ÅTERKALLELSE AV  
BÖTESAVGIFT

Social- och hälsovårdssektorn  
Munhälsovården

(Indrivningsanvisning för patientavgifter för  
akutvård, hälsocentralernas anvisning P178)

Tandklinik \_\_\_\_\_

Person som faktureras \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_

Fakturanummer \_\_\_\_\_

Motivering \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sökande \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Returadress Social- och hälsovårdssektorn  
Munhälsovården  
PB 6452  
00099 HELSINGFORS STAD