

Fakturaafsender: xxxx Kommune
Adresse: xxxxx
EAN-nr.: xxxxxx
CVR-nr.: xxxxxx

Det Nære Sundhedsvæsen
Alléen 15
DK - 4180 Sorø
EAN-nr.: 5798002040302
CVR-nr.: 29190658
E-mail.: afregning@regsj.dk

DATO:
XX-XX-XXXX

FAKTURA NR.
X

Timer	BESKRIVELSE	ENHEDSPRIS	I ALT
	Afregning af afsluttende IV forløb Afregning vedr.: Cpr. Nr. xxxxxx-xxxx Navn: xxxx xxxxxx		
	Behandling:		
0.25	Kemokur	200.00	
0 - 5	Kategori 1	1,225.00	
5 - 15	Kategori 2	4,900.00	
15 - 35	Kategori 3	12,250.00	
> 35	Kategori 4	29,400.00	
		I alt	

Betalingsbetingelser: 30 dage