

|  |  |
| --- | --- |
| **Beiðni um gistiþjónustu****á Akureyri,** **fyrir sjúkratryggða einstaklinga** |  |
|  | **Beiðni þessari skal framvísað á gististað** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dagsetning beiðni:**       | **Komudagur: Brottför:**              |
| **1. Nafn dvalargests:**         | **2. Kennitala****:**         |
| **3. Heimilisfang:**         | **4. Póstnúmer:**         | **5. Sveitarfélag:**         |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **6. Beiðni kemur frá:**[ ]  Lækni [ ]  Hjúkrunarfræðingi [ ]  Ljósmóður  |
| **7. Nafn beiðanda:**        | **8. Kennitala beiðanda:**         |
| **9. Stofnun/vinnustaður:**        |

|  |
| --- |
| **10. Undirskrift beiðanda:** |

**Beiðnin er forsenda greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands og nauðsynlegt er að framvísa henni við innritun á gististað.  Gististaður verður að vera skráður á rammasamning SÍ um gistiþjónustu á Akureyri.**