

|  |  |
| --- | --- |
| **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.**