*Til behandlende lege*

Faktura sendes til:

Oslo PensjonsforsikringPostboks 6623 St. Olavs plass
0129 Oslo

 **Faktura for legeerklæring**

Fakturaen fylles ut av lege/legesenter og returneres til Oslo Pensjonsforsikring (OPF).

|  |  |
| --- | --- |
| Spesifikasjon: | Utgift til legeerklæring for FYLL INN PASIENTENS NAVN OG FØDSELSNUMMER |
| Legens navn: |  |
| Adresse:  |  |
| Organisasjonsnummer:(obligatorisk:   |  |
| Beløp å betale i NOK:  |  |
| Skal betales til følgende kontonummer: |  |
| Betalingsfrist: |  |
| Evt. KID-nummer:  |  |