

Överenskommelse om fakturering av behandling utförd på Fertilitetscentrum Stockholm

Överenskommelse avseende betalning för IVF-behandling

Härmed bekräftas Fertilitetscentrum att arbetsgivare och arbetstagare har kommit överens om att arbetsgivaren betalar för nedanstående utredning/behandling hos Fertilitetscentrum. Kostnaden regleras sedan mellan arbetsgivare och anställd*

Arbetsgivare

Namn på person fakturan skall ställas till

Fakturaadress

Postnummer och ort:

Typ av behandling: _____ (ex. IVF, Frys-ET) Kostnad för behandling: _____ kr

Företaget förbinder sig att betala: _____ kr

Den anställdes namn

Personnummer

Faktura kommer att skickas till ovanstående adress vid behandlingsstart med 10 dagars betalningsvillkor.

Ovanstående intygas:

Arbetsgivarens representant

Namnförtydligande

Ort och datum:.

Telefonnummer:

Den anställdes underskrift

Namnförtydligande

*Bruttolöneavdrag regleras mellan arbetsgivare och anställd enligt Skatteverkets regler och arbetsgivarens ansvar. En arbetsgivare kan även betala hela beloppet inom den privata vården och redovisa halva beloppet som en skattefri löneförmån för den anställda och halva beloppet som en skattpliktig löneförmån (för den del av behandlingen som berör partnern till den anställda). Om arbetsgivaren av någon anledning inte fullföljer sitt betalningsåtagande enligt denna överenskommelse övergår betalningsskyldigheten till den anställda som skall betala hela det resterande beloppet i detta avtal

Undertecknad blankett insändes till:

Fertilitetscentrum AB
Box 5418
402 29 Göteborg

Mail:
ekonomi@fertilitetscentrum.se

Fax nr:
031-778 45 14