



## Överenskommelse om fakturering av behandling utförd på Stockholm IVF AB

Härmed bekräftas att nedanstående arbetsgivare och arbetstagare har kommit överens om att arbetsgivaren skall betala för nedanstående behandling. Kostnaden regleras sedan efter överenskommelse mellan arbetsgivare och arbetstagare\*.

Arbetsgivare namn: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Organisations nr: \_\_\_\_\_

Faktura adress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

---

**Företaget förbinder sig att betala: \_\_\_\_\_ kr för.....behandling**

För den anställde:

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Fakturan kommer att skickas till ovanstående adress vid behandlingsstart **med 10 dagars förfallodatum**. Stockholm IVF AB innehar F- skattebevis.

### Ovanstående intygas:

\_\_\_\_\_  
Arbetsgivaren representants underskrift

\_\_\_\_\_  
Anställdes underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\*Bruttolöneavdraget regleras mellan arbetsgivare och den anställde enligt Skatteverkets regler. Om arbetsgivaren inte fullföljer sitt betalningsåtagande enligt denna överenskommelse går betalningsåtagandet över till den anställde som då skall betala hela beloppet.

Hammarby Allé 93  
120 63 Stockholm  
Telefon: 08-420 036 09

[info@stockholmivf.se](mailto:info@stockholmivf.se)