

# Tilbud om omsorgstandpleje i Albertslund Kommune

---

Navn

---

Cpr-nr.

---

Bopæl

---

Telefonnummer

---

Reg. kontonummer

Jeg ønsker at modtage Albertslund Kommunes tilbud om omsorgstandpleje.

Jeg er indforstået med, at der opkræves en egenbetaling for deltagelse i ordningen.  
Beløbet reguleres hvert år ved årsskiftet og udgør i 2017 Kr. 42,50 pr. måned.

Egenbetalingen dækker alle ydelser, uanset hvor omfattende behandlingen bliver og hvor den foretages.

---

Dato

---

Underskrift