

AKSEPT AV VILKÅR

Akseptbrevet må returneres umiddelbart, og senest innen 2 uker etter mottatt brev.
Brevet skal sendes i retur til:

Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo

Eller i skannet versjon til
postmottak@helsedir.no

Vår ref: 15/8919-2

LINDÅS KOMMUNE
Felles postmottakKvernhusmyrane 20
5914 ISDALSTØ
Org.nr.: 935084733

Innvilget beløp: 500 000
Beløp til utbetaling: 500 000

Kontonummer 3201 05 89311
IBAN-nummer (dersom bank er utenfor Norge)
BIC/Swift-kode (dersom bank er utenfor Norge)
Kontoens valuta (dersom bank er utenfor Norge)
Kontaktperson, telefonnummer og e-postadresse for økonomiansvarlig Reidar Sebdal, 56375721, reidar.sebdal@lindas.kommune.no
Utbetalingen til mottaker bes merket med 451-2410

Aksept av vilkår:

- LINDÅS KOMMUNE aksepterer vilkårene for tilskuddet i tilskuddsbrev av 12.10.2015 med tittel Innvilger tilskudd til Samlokalisering av allmennlegetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester over statsbudsjettet 2015 kap. 762, post 63.
- LINDÅS KOMMUNE bekrefter at dette skjemaet gir riktige opplysninger om konto eid av tilskuddsmottaker, og at Helsedirektoratet varsles ved endringer.

Sted, dato og signatur

Trondheim, 15/10-15 Reidar Sebdal

Bekreftelsen skal undertegnes av styreleder eller den som har signaturmyndighet (prokura). For kommuner og fylkeskommuner skal bekreftelsen undertegnes av rådmannen eller den som har fått delegert myndighet.