

Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tandläkarutlåtande (fortsättning från föregående sida)

OBS! För att vi ska kunna utreda anmäld skada ber vi er bifoga eventuellt beställda medicinska handlingar.

**Utlåtandet skickas till:
Löfs inläsningscentral, Box 334, 151 24 Södertälje**

Telefon: 08-551 010 00, Hemsida: www.lof.se