

Ansökan nytt kundnummer hos Hjälpmedelscentralen

* obligatorisk uppgift

Benämning kund (Verksamhetens/Enhetens namn) *		Kontaktperson*	
Besöksadress*		e-postadress*	
Besöksadress Postnr. o postort*		Telefonnummer *	Mobilnummer
Leveransadress Obs! anges endast om annan än besöksadress		Faxnummer	
Leveransadress postnr. o postort			
Befintlig betalare finns och skall användas för de hjälpmedel enheten själv ska betala *			
<input type="checkbox"/> Ja → Om ja, ange betalarens nummer: <input type="checkbox"/> Nej → Om nej, ange fakturaadress nedan			
Fakturaadress*			
Fakturaadress postnr. o postort*			
Ansvar/Ref nr/Mott kod/Best id*	I-nummer (gäller endast regionkunder)*	Organisationsnummer	Motpart i Sesam
Tillhörighet:			
<input type="checkbox"/> Region <input type="checkbox"/> Kommun <input type="checkbox"/> Privat vårdgivare med avtal om vårdval i VG			
Orsak till ansökan av nytt kundnummer:			
<input type="checkbox"/> Tillgång till web SESAM <input type="checkbox"/> Beställning av hjälpmedel som avser Grundutrustning <input type="checkbox"/> Ny kund för beställning av hjälpmedel <input type="checkbox"/> Nytt buffertlager önskas - Fyll i blanketten Ansökan nytt buffertförråd hos Hjälpmedelscentralen			
I fyller av kostnadsansvarig eller motsvarande *			

Datum			

Namnteckning			

Namnförtydligande			