

Ansökan ny betalare hos Hjälpmedelscentralen

* obligatorisk uppgift

Fakturaadress, namn o adress*			
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			
Kontaktperson*			
E-postadress*			
Telefonnummer*	Mobilnummer	Faxnummer	
I fyller av kostnadsansvarig eller motsvarande *			

Datum			

Namnteckning			

Namnförtydligande			