

Ansökan nytt buffertförråd hos Hjälpmedelscentralen

* obligatorisk uppgift

Benämning buffertförråd (Verksamhetens/Enhetens namn) *		Kontaktperson*	
Leveransadress*		e-postadress*	
Leveransadress Postnr. o postort*		Telefonnummer *	Mobilnummer
Faxnummer			
Köphjälpmedel faktureras betalarnummer för personliga hjälpmedel <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			
Uppgifter gällande buffertförråd <input type="checkbox"/> Uppackning önskas <input type="checkbox"/> Automatpåfyllnad Önskat startdatum _____			
I fyller av kostnadsansvarig eller motsvarande * _____ Datum _____ Namnteckning _____ Namnförtydligande			