

Avser ändring av faktureringsadress på ett befintligt kundnummer hos Hjälpmedelscentralen

* obligatorisk uppgift

Benämning kund (Verksamhetens/Enhetens namn)*	Kontaktperson*	
Besöksadress*	e-postadress*	
Besöksadress postnr. o postort*	Telefonnummer*	Mobilnummer
Kundnummer hos Hjälpmedelscentralen		
Nuvarande faktureringsadress*		
Ansvar/Ref nr/Mottagarkod/Best id*		
Fakturaadress*		
Fakturaadress postnr. o postort*		
Ny faktureringsadress*		
Ansvar/Ref nr/Mottagarkod/Best id*		
Fakturaadress*		
Fakturaadress postnr. o postort*		
Datum för fakturaadressförändring*		
I fyller av kostnadsansvarig eller motsvarande *		

Datum		

Namnteckning		

Namnförtydligande		

Kundtjänst: Tel: 010-473 80 80

E-post: info.hmc@vgregion.se