

Manuell Hämtorder

* obligatorisk uppgift

Mottagare/Personnummer*		Datum			
Namn*		Telefonnummer*			
Adress för hämtning*		Mobilnummer			
Postnr. o postort*		Portkod			
Instruktion/Vägbeskrivning		Ev. kontaktperson			
Artikelnummer	Benämning	Antal	Individnummer	Hämtats	Saknas
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrig info					

Beställare

Användarnamn*	Namn*
Arbetsplats*	
Telefonnummer*	e-postadress*

Faxas eller mailas till Hjälpmedelscentralen

faxnummer:
Mail:

010-435 78 00
info.hmc@vgregion.se