

Ankomst:

### Manuell Hämtorder

\* obligatorisk uppgift

Kundnummer hos Hjälpmedelscentralen/ Personnummer*		Datum	
Verksamhet/ Enhet/ Namn, etc.*		Telefonnummer*	
Adress för hämtning*		Mobilnummer	
Postnr. o postort*		Portkod	
Instruktion/Vägbeskrivning		Kontaktperson	
Individnummer	Benämning	Artikelnummer	Antal
Övrig info			

### Beställare

Användarnamn	Namn*
Arbetsplats*	
Telefonnummer*	e-postadress*

**Mailas eller faxas till Hjälpmedelscentralen**

**Mail: [info.hmc@vgregion.se](mailto:info.hmc@vgregion.se)**

**Faxnummer: 010-435 78 00**

Ange Huvudhjälpmedlets  
Individnummer, se nedan

