VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
REGIONSERVICE

Hjälpmedelscentralen

Överföring av kostnadsansvar för hjälpmedel

Nytt Kostnadsansvar (anges av den som tar över kostnadsansvaret)

Hjälpmedel (minst ett individmärkt hjälpmedel måste anges)

* röd asterisk = obligatoriska fält att fylla i

***Uppgifter beställare:** **

Datum:	Användarnamn i websesam:
Namn:	Telefon:
Mailadress:	

***Betalaruppgifter / Uppgifter för Fakturadress:** *	***Mottagare:***
Betalare/ betalarnamn:	***Detta fält fylls endast i om man även vill att hjälpmedlet ska byta mottagare tex. Vid byte av skola etc.***
Mottagarkod/ Beställarid/ Ref.nr/ Ansvarsnr, etc:	Verksamhet/ Enhetens namn, etc:
Adress:	Gatuadress:
Postnr och Postort:	Postnr och Postort:
Betalarnummer hos Hjälpmedelscentralen:	Kundnummer hos Hjälpmedelscentralen:

Benämning	Artikelnr *	Antal *	Individnr

Blanketten kommer att returneras om obligatoriska uppgifter ej har angivits!

Kundtjänst: Tel: 010-473 80 80 Fax: 010-435 78 00 Mail: info.hmc@vgregion.se

Dokumentägare Annika Samuelsson 2019-03-27/ver 3