VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
REGIONSERVICE

Hjälpmedelcentralen

Överföring av kostnadsansvar/ byte betalare för hjälpmedel

Nytt Kostnadsansvar/ byte betalare (anges av den som tar över kostnadsansvaret/betalningsansvaret)
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:***
Betalarnummer hos Hjälpmedelscentralen:	***Detta fält fylls endast i om man även vill att hjälpmedlet ska byta mottagare tex. Vid byte av skola etc.***
Betalare/ betalarnamn:	Verksamhet/ Enhetens namn, etc:
Mottagarkod/ Beställarid/ Ref.nr/ Ansvarsnr, etc:	Gatuadress:
Adress:	Postnr och Postort:
Postnr och Postort:	Kundnummer hos Hjälpmedelscentralen:

Artikelbenämning *	Artikelnr *	Antal *	Individnr

Blanketten kommer att returneras om obligatoriska uppgifter ej har angivits!

Blanketten mailas till: info.hmc@vgregion.se

Vid frågor kontakta kundtjänst, telefonnummer 010-473 80 80, eller mail: info.hmc@vgregion.se