

Hjälpmiddelscentralen

Kundorder grundutrustning

(* röd asterisk = obligatoriska fält att fylla i (vid sidan om innebär att hela avsnittet omfattas) , HMC = hjälpmiddelscentralen

*	Leveransadress (komplett adress dit hjälpmedlet ska levereras):	Kontaktperson om annan än beställare:
	<input type="checkbox"/> Köp <input type="checkbox"/> Hyra <input type="checkbox"/> Bilaga bif. <input type="checkbox"/> Samleverans <input type="checkbox"/> Akut, vid Akut order tillkommer avgift om 600:-	Telefon/Mobil:

Benämning *	Artikelnr *	Antal *	Individnr HMC fyller i	Lev.datum HMC fyller i

Övriga kompletterande upplysningar, t ex montering eller namn på avdelning:

Uppgifter beställare Beställningsdatum:	Namn:
Mailadress:	Telefon:

Uppgifter för fakturaadress Kundnummer hos HMC:	Betalare/betalarnamn:
Adress:	Postnr/Ort:
Beställarid/Ref.nr/Ansvar etc:	Organisationsnummer: I fall "kundnr hos HMC" ej är känt