

## Kundorder Grundutrustning

Hjälpmiddelscentralen

\* röd asterisk = obligatoriska fält att fylla i

**Mottagare: \***

Verksamhet/ Enhetens namn, etc.
Gatuadress
Postnr och Postort
Kundnummer hos Hjälpmiddelscentralen
<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 642:-

**Leveransadress om annan än mottagaren:**

Verksamhet/ Enhetens namn, etc.
Gatuadress
Postnr och Postort

**Kontaktperson och telefon/mobil som är nåbar:**

--

Gäller vid uttag ur buffertförråd

Benämning *	Artikelnr *	Antal *	Individnr	Förrådsnr:

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

--

**Uppgifter för fakturaadress: \***

Kundnummer hos Hjälpmiddelscentralen:
Betalare/betalarnamn:
Mottagarkod/Beställarid/Ref.nr/Ansvarsnr, etc:
Adress:
Postnr och Postort:
Organisationsnummer: I fall "kundnummer" ej är känt

**Uppgifter beställare: \***

Beställningsdatum:
Namn:
Telefon:
Mailadress:

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

Dokumentägare- Annika Samuelsson 2019-03-27 / ver. 5