

Ansökan om kundnummer (avtalskunder)

Avtal: _____

Enhetsnamn: _____

Kontaktuppgifter

Kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Internt enhetsnr: _____

Fakturamärkning: _____

Leveransadress (Samma som fakturaadress)

Avtalad Leveransplats: _____

Leveransadress

Gata: _____

Postnr: _____ Postort: _____

Underskrift

Ort / Datum

Underskrift verksamhetschef/ansvarig

Namnförtydligande

Information

Blanketten skickas undertecknad av ansvarig till Sodexo Hjälpmedelsservice Östergötland, Vimarkagatan 9, 582 54 Linköping.
Scannad blankett kan mailas till administration@hjmost.se.

Hjälpmedelscentrum AB förbehåller sig rätten att godkänna om ansökan skall godkännas eller inte utan motivering.

Anteckningar Sodexo Hjälpmedelsservice Östergötland

Mottagen datum: _____ Av: _____

Ansökan godkänd datum: _____ Av: _____ Kundnummer: _____

Ansökan avslagen datum: _____ Av: _____

Kund meddelad datum: _____ Av: _____