

Ansökan Inköp mot faktura

Organisationsnummer: _____

Företagsnamn: _____

Organisation/Myndighet Enskild firma Aktiebolag

Kontaktuppgifter

Kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Fakturaadress

Box/Gata: _____

Postnr: _____ Postort: _____

Fakturamärkning: _____

Leveransadress (Samma som fakturaadress)

Leveransadress

Gata: _____

Postnr: _____ Postort: _____

Underskrift

Ort / Datum

Underskrift firmatecknare

Namnförtydligande

Information

Blanketten skickas undertecknad av firmatecknare till Hjälpmedelscentrum AB, Vimarkagatan 9, 582 54 Linköping. Scannad blankett kan mailas till administration.hjsost.se@sodexo.com

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

Sedvanlig kreditprövning kan komma att göras.

Anteckningar Hjälpmedelscentrum AB

Mottagen datum: _____ Av: _____

Ansökan godkänd datum: _____ Av: _____ Kundnummer: _____

Ansökan avslagen datum: _____ Av: _____

Kund meddelad datum: _____ Av: _____