

Ansökan Inköp mot faktura

Organisationsnummer: _____

Företagsnamn: _____

Enhetsnamn: _____

Kontaktuppgifter

Kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Fakturaadress

Box/Gata: _____

Postnr: _____

Postort: _____

Fakturamärkning: _____

Leveransadress Samma som fakturaadress

Avtalad Leveransplats: _____

Leveransadress

Gata: _____

Postnr: _____

Postort: _____

Underskrift

Ort / Datum

Underskrift ansvarig chef

Namnförtydligande

Information

Blanketten skickas undertecknad av ansvarig chef 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: _____