

**Enhet**

Enhetens namn	Kommunen/regionen/landstinget/företaget som enheten tillhör
Leveransadress	Fakturaadress (om annan än leveransadress)
Befintligt kundnummer hos Hjälpmedelscentrum	Fakturareferens

**Beställare/arbetsgrupp**

Beställaren/arbetsgruppens namn	Beställaren/arbetsgruppens telefonnummer
Beställarens/arbetsgruppens e-postadress (funktionsbrevlåda)	

Samtliga fält ovan ska fyllas i

Om beställaren är en fysisk person skall denne underteckna nedan.  
Genom att underteckna denna blankett intygar jag att jag har förstått att de beställningar jag gör via [www.vardustrustning.se](http://www.vardustrustning.se) kommer att faktureras enheten ovan.

---

Ort och datum

Beställarens underskrift

Genom att underteckna denna blankett bemyndigar jag beställaren/arbetsgruppen ovan att göra inköp via [www.vardustrustning.se](http://www.vardustrustning.se) och att dessa inköp kommer att faktureras enheten ovan.

---

Ort och datum

Enhetschef

Ifylld blankett skicas till adressen nedan alternativt scannas och mailas till epostadressen nedan. Observera att ifylld blankett måste godkännas av Hjälpmedelscentrum AB innan beställaren får lösenord till [www.vardustrustning.se](http://www.vardustrustning.se) och kan börja beställa.

Hjälpmedelscentrum ABs beslut meddelas till beställarens epostadress angiven ovan.