

ÅTERLÄMNING AV HJÄLPMEDEL

BESTÄLLARE		BRUKARE	
Kombikod	Datum	Personnummer	
Namn		Titel	
Arbetsplats		Boendenamn	
Adress		Adress	
Postnummer	Ort	Postnummer	Ort
Telefon (inkl riktnummer)		Portkod	
Telefon mobil		Telefon (inkl riktnummer)	Telefon mobil
E-post		Kontaktperson	Telefon mobil

Individnummer	Typ av hjälpmedel	Fabrikat
Hämtas hos:		
<input type="checkbox"/> Brukaren <input type="checkbox"/> Beställaren		
Annan hämtadress:		

Beställare	
Underskrift	Namnförtydligande

Blanketten skickas via post, mail eller fax till:

Sodexo Hjälpmedelsservice
 174 88 Sundbyberg
 Fax: 013 – 27 78 05
supportcenter.hjs@sodexo.com

OBS! Finns personnummer angivet på beställningen får den inte mailas.