

## BESTÄLLNING AV HYRHJÄLPMEDEL OCH TILLBEHÖR

BESTÄLLARE		BRUKARE	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel	Namn	
Arbetsplats		Boendenamn	
Adress		Adress	
Postnummer	Ort	Postnummer	Ort
Telefon (inkl riktnummer)		Portkod	
Telefon mobil		Telefon (inkl riktnummer)	Telefon mobil
E-post		Kontaktperson	Telefon mobil
<input type="checkbox"/> Region <input type="checkbox"/> Kommun <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Särskilt boende <input type="checkbox"/> Eget boende			

### Önskad åtgärd

<input type="checkbox"/> Förskrivning <input type="checkbox"/> Hyra <input type="checkbox"/> Montering <input type="checkbox"/> Korttidsförskrivning(Max 6 månader)
Fakturasadress inkl. Organisationsnummer

### Användningsområde

<input type="checkbox"/> Hemmet <input type="checkbox"/> Vårdinrättning <input type="checkbox"/> Skola <input type="checkbox"/> Förskola <input type="checkbox"/> LSS
---

### Levereras till

<input type="checkbox"/> Brukaren			
Annan leveransadress			
Accepterar likvärdig produkt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Önskas montering av produkterna <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Leverantör	Artikel	Artikel nummer	Antal
Underskrift			
Beställare			