

KÖP AV HJÄLPMEDEL

Datum

Beställare

Kombikakod	
Namn/Titel	
Arbetsplats	
Adress	
Postnummer	Postort
Telefon (även riktnummer)	
Telefon mobil	Telefax (även riktnummer)
E-post	

Fakturaadress

Faktureringsenhet	
Adress	
Postnummer	Postort
Organisationsnummer	Ref/Kostnadsställe

Leveransadress

Vårdinrättning	
Adress	
Postnummer	Postort
Kontaktperson	Telefonnummer
Mailadress	

Önskad leveranstid

--

Leverantör	Artikel	Artikelnummer	Antal
Underskrift beställare		Namnförtydligande beställare	

Skickas, mailas eller faxas till:

Sodexo Hjälpmedelsservice
174 88 Sundbyberg
Fax 08-5788 5210

order.hjalpmedelsservice@sodexo.com

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