

ÅTERLÄMNING AV HJÄLPMEDEL

BESTÄLLARE		BRUKARE	
Kombikod	Datum	Person nummer	
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

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

Beställare
Underskrift Namnförtydligande

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.