ÅTERLÄMNING AV HJÄLPMEDEL

BESTÄLLARE		**BRUKARE**	
Kombikakod	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: ☐ Brukaren ☐ Beställaren		
Annan hämtadress:		

Beställare	
Underskrift	Namnförtydligande

Skickas, mailas eller faxas till:
Sodexo Hjälpmedelsservice
174 88 Sundbyberg
Fax 08-5788 5210
orderservice.hjalpmedelsservice.se@sodexo.com

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