Region Gävleborg

Beställning av hjälpmedel

order.hjalpmedel@regiongavleborg.se

Datum

Beställare/förskrivare

Namn	**FörskrivarID**
Mobilnr	**Tfn nr**
E-postadress	

Mottagare

ange pers.nr **eller** vårdenhetsnummer **Person nr** **P-** ---------- **Vårdenhetsnr** **V-**	
Mottagarnamn (Patient/Vårdenhet)	

Kund-Betalare

Kund namn	**Kund nummer**
Betalare namn	**Betalare nummer**

Leveransadress

Namn	
Gatuadress	
Postnr	**Ort**
Tfn nr	

Art nr i Sesam	**Antal**	**Enhet**	**Hyra/ Köp** K=köp H=hyra	**Betalare** Om annan än ovan	**Benämning** Om artikeln inte är upplagd i Sesam ange leverantör och leverantörens artikelnummer

Övrig information: