|  |  |
| --- | --- |
| onemed_logo_sverige.jpg  Kundservice  Saltviksvägen 11  871 54 Härnösand  Tel: 0770-11 11 15  Fax: 0771-41 41 10  Blanketten fylls i och faxas till:  0771-41 41 10  Eller maila till: [kundservice@onemed.com](mailto:kundservice@onemed.com) | **Anmälan för avrop – privat vårdgivare**  **Uppgifter samordnare:**  \*Datum:  \*Namn:  \*Telefonnummer:  \*E-postadress:  **\*= Obligatoriska fält. Ofullständigt i fylld blankett kommer att returneras.** |
|  | 3PL SKL Kommentus Bristvaror  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Tyresö Kommun  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avtal: |
| Kommun:  Orgnr: |
|  |
|  |
| **Fakturaadress** |  |
| Privat vårdgivare |  |
| Faktura ref.nr |  |
| Box/gatuadress |  |
| 10654 Stockholm |  |
| **Leveransadress** |  |
| \*Privat vårdgivare |  |
| c/o adress |  |
|  |  |
| \*Gatuadress **(EJ box)** |  |
| Postnummer och ort |  |
| \*Telefonnummer/ faxnr |  |
| \*E-postadress |  |
|  |  |

Har du frågor om hur du fyller i blanketten? Kontakta OneMeds kundservice, 0770-11 11 15 eller [kundservice@onemed.com](mailto:kundservice@onemed.com)