|  |  |
| --- | --- |
| onemed_logo_sverige.jpgKundserviceSaltviksvägen 11871 54 HärnösandTel: 0770-11 11 15Fax: 0771-41 41 10Blanketten fylls i och faxas till: 0771-41 41 10Eller maila till: 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