

Beställning av Hämtning av hjälpmedel

Anmälare: _____

Hjälpmedlen har tillhört:

En brukare per blankett

Namn _____

Personnr _____

Avhämtningsplats

Hemadress

Boende

Hälsa/vårdcentral

Annat avhämtningsplats ex.skola

Adress _____

Tel nr _____ Dörrkod _____

Kontaktperson _____

Övrig info till transportör, ex. hiss, trappor etc

Hjälpmedel som ska återlämnas

Artikelnr	Individnummer	Benämning	Antal

Hjälpmedels anteckningar

Dokumentet gäller fr.o m. 2020-06-04

Postadress

Hjälpmedel

Västernorrland

Box 748

851 21 Sundsvall

Besöksadress

Fillanvägen 8

Sundsbruk

Telefon

060-14 96 00

Telefax**Hemsida**www.rvn.se/hjalpmedel**E-post**hmc@rvn.se**Sida**

1(1)