

Ankomstdatum _____

Anmälan av förlorat hjälpmedel

 Stöld Polisanmält datum: **Brand** **Skade-
görelse** Polisanmält datum: **Olycks-
händelse**

Vilket/vilka hjälpmedel

Hjälpmedel	Indnr	Hjälpmedel	Indnr

Brukarens adress:

Var inträffade skadan/förlusten:

När inträffade skadan/förlusten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Hur inträffade skadan/förlusten:

<input type="text"/>

Ort:	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>
Anmälare:	<input type="text"/>	Tel:	<input type="text"/>
Arbetsplats:	<input type="text"/>	Avd:	<input type="text"/>
E-post:	<input type="text"/>		

Blanketten giltig f o m 2023-05-08

PostadressHjälpmedel
Västernorrland

Box 748

851 21 Sundsvall

BesöksadressFillanvägen 8
Sundsbruk**Telefon**

060-14 96 10

E-post

hmc@rvn.se

Sida

1(1)