|  |  |
| --- | --- |
| 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 – kommunal verksamhet**    \*Datum: XXXX  \*Uppgiftslämnare:  \*Telefonnummer:  \*E-postadress:  **\*= Obligatoriska fält. Ofullständigt ifylld blankett kommer att returneras.** |
|  | 3PL SKL Kommentus Bristvaror  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Haninge  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Vilken verksamhet det avser  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  212000-0084  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avtal: |
| Kommun:  Verksamhet:  Orgnr: |
|  |
|  |
| **Fakturaadress** | \*\*För det kundnummer som skapas för beställning måste det finnas en fakturareferens som är godkänd för elektronisk fakturering. Alltså en och samma fakturareferens kommer gälla för de beställningar som samordnarna gör. |
| Kommun | Haninge Kommun |
| Faktura ref.nr\*\* | Ert referensnummer, så att fakturan hamnar rätt |
| Box/gatuadress | XXXX |
| Postnummer och ort | XXXX |
| **Leveransadress** |  |
| \*Kommun | Haninge Kommun |
| c/o adress |  |
|  |  |
| \*Gatuadress **(EJ box)** | Skriv den adress som ni vill ha varorna till |
| Postnummer och ort | XXXX |
| \*Telefonnummer/faxnr | Ert telefonnummer |
| \*E-postadress | Er e-postadress |
|  |  |