

Bekräftelse - Flytt

Personuppgifter

Personnummer	
Namn	
Adress	
Postadress	
Telefon	

Härmed bekräftas att vi övertar INTE övertar

ägaransvaret för hjälpmedlen enligt bifogad förteckning, Blankett 2, och godkänner att ni fakturerar oss.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Telefon

Fakturaadress

Organisationsnummer