

Ny Kund för hjälpmedel

i SESAM/LMN, Centrum för hjälpmedel

Kundnummer i SESAM/LMN
(fylls i av CFH)

Blanketten fylls i via dator, skrivs ut och undertecknas innan den skickas till Centrum för hjälpmedel.

Uppgifter

Namn på verksamheten (Kunden)	Gatuadress (leveransadress)
Namn, chef för verksamheten/enheten	Postnummer (leveransadress)
E-post, chef för verksamheten/enheten (arbetsplats)	Ort (leveransadress)

Vilket datum beräknas verksamheten starta?

Produktområden som kommer att hanteras/förskrivs av verksamheten

- Rullstolar Hygienhjälpmedel Gånghjälpmedel Inkontinenshjälpmedel Annat:
 Pumpstövlar Andningshjälpmedel Nutritionspumpar TENS-apparater

Delförråd/Bufertlager

Önskas delförråd: Ja Nej

Ange namn, om delförrådet ska ha annat namn än verksamheten:

Namn på den som ska vara delförrådsansvarig	E-postadress (delförrådsansvarig)
Ev. användarnamn i SESAM (delförrådsansvarig)	Mobilnummer (delförrådsansvarig)

Betalningsuppgifter verksamheter inom RÖL

Namn Ansvarsenhet (Betalande enhet)

Kostnadsställe/kod (Betalande enhet)

Förvaltning

Betalningsuppgifter privat eller kommunal verksamhet

Organisationsnummer (Betalande enhet)

Referensnummer (Betalande enhet)

Fakturaadress

Underskrift chef för verksamheten/enheten

Namnförtydligande

Datum

Interna uppgifter, fylls i av CFH

Ägare: _____

Baskod: _____

Lagerpåfyllnad från lager: _____