|  |  |
| --- | --- |
| onemed_logo_sverige.jpgKundserviceSaltviksvägen 11871 54 HärnösandTel: 0770-11 11 15Fax: 0771-41 41 10Blanketten fylls i och faxas till: 0771-41 41 10Eller maila till: kundregister@onemed.com  |  **Ansökan om kundnummer**  \*Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*Uppgiftslämnare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*Telefonr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\*= Obligatoriska fält.Ofullständigt i fylld blankett kommer att returneras.** |
|  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Sjukvårdsmaterial □ Inkontinensmaterial □ Papper & Plast □ Kök&hushåll, kontor&skola□ Nutrition □ Kem/städ□ Barnblöjor  |
| Tillhör Kommunavtal: |
| \*Orgnr: |
| \*Inköp: |
|  |
| **Fakturaadress** |  |
| \*Företagsnamn |  |
| **\*Faktura ref.nr** |  |
| \*Box/Gatuadress |   |
| \*Postnr/Ort |  |
| **Leveransadress** |  |
| \*Företagsnamn |  |
| C/o adress |  |
|  |  |
| \*Gatuadress **(EJ box)** |  |
| \*Postnr/Ort |  |
| \*Telefon nr/ faxnr: |  |
| \*E-mail |  |
| Önskar lösenord för webhandel på [www. shop.onemed.se](http://www.onemed.se/) | **□ □** Önskas följesedel på mail skriv mailadress nedan. Ja Nej  |