|  |  |
| --- | --- |
| 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: [kundregister@onemed.com](mailto: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 |