

Ankomstdatum _____

Beställning Hämtning av hjälpmedel

Anmälare _____

Hjälpmedlen har tillhört (en brukare per blankett)

Namn	Personnr
------	----------

AvhämtningsplatsHemadress ☐ Boende ☐ Hälso/vårdcentral ☐ Annan plats ex.skola ☐

Adress	Postnr/postort
Tel nr	Ev dörrkod
Kontaktperson	Telefonnr

Övrig info till transportör, ex. hiss, trappor etc

--

Hjälpmedel som ska återlämnas

Artikelnr	Individnummer	Benämning	Antal

För att skicka in blanketten använd länk för Säkra meddelanden:<https://smt.rvn.se/filedrop/hjalpmedelkundtjanst>

Dokumentet gäller fr.o m. 2024-07-12