

ANSÖKAN OM NYTT KUNDNUMMER

Allmänna uppgifter	Enhet	
	Kombikakod	
	Telefon (växel)	Fax
	E-post	
Kontaktperson	Namn	Telefon
Postadress		
Leveransadress		
Fakturaadress (om annan än postadress)		
Typ av verksamhet	<input type="checkbox"/> Landsting <input type="checkbox"/> Landsting - privat vårdgivare <input type="checkbox"/> Förskola - Kommun <input type="checkbox"/> Särskola - Kommun <input type="checkbox"/> Skola - Kommun	<input type="checkbox"/> Kommunal äldreomsorg <input type="checkbox"/> Kommunal handikappomsorg <input type="checkbox"/> Kommunal äldreomsorg i privat regi <input type="checkbox"/> Kommunal handikappomsorg i privat regi <input type="checkbox"/> Övrig
Kategori	<input type="checkbox"/> Primärvård <input type="checkbox"/> Arbetsterapi <input type="checkbox"/> Sjukgymnastik <input type="checkbox"/> Paramedicin <input type="checkbox"/> Logopedmottagning <input type="checkbox"/> Fysiologlaboratorium <input type="checkbox"/> Rehabilitering <input type="checkbox"/> Barnrehabilitering <input type="checkbox"/> Vuxenrehabilitering <input type="checkbox"/> Psykiatri	<input type="checkbox"/> Sjukhus <input type="checkbox"/> Sjukhem <input type="checkbox"/> Servicehus/Ålderdomshem <input type="checkbox"/> Demensvård <input type="checkbox"/> Gruppboende/Demensvård <input type="checkbox"/> Gruppboende/Omsorg <input type="checkbox"/> Korttidsboende <input type="checkbox"/> Hemsjukvård <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet <input type="checkbox"/> Stadsdelar/Kommuner