

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	☐ Region ☐ Region - privat vårdgivare ☐ Förskola - Kommun ☐ Särskola - Kommun ☐ Skola - Kommun	☐ Kommunal äldreomsorg ☐ Kommunal handikappomsorg ☐ Kommunal äldreomsorg i privat regi ☐ Kommunal handikappomsorg i privat regi ☐ Övrig
Kategori	☐ Primärvård ☐ Arbetsterapi ☐ Sjukgymnastik ☐ Paramedicin ☐ Logopedmottagning ☐ Fysiologlaboratorium ☐ Rehabilitering ☐ Barnrehabilitering ☐ Vuxenrehabilitering ☐ Psykiatri	☐ Sjukhus ☐ Sjukhem ☐ Servicehus/Äldershem ☐ Demensvård ☐ Gruppboende/Demensvård ☐ Gruppboende/Omsorg ☐ Korttidsboende ☐ Hemsjukvård ☐ Daglig verksamhet ☐ Stadsdelar/Kommuner