

BYTE AV HJÄLPMEDELSCENTRAL (till Hjälpmedel Stockholm)

Jag har tagit del av informationen kring byte av hjälpmedelscentral

Patient	
Namn	Personnummer
Adress	Postnummer, ort
Telefonnummer	

GÄLLER FRÅN

Jag vill tillhöra Hjälpmedel Stockholm från och med datum:

JAG KOMMER ATT FÅ MINA HJÄLPMEDEL FÖRSKRIVNA FRÅN (Klinik, vårdcentral, habiliteringscenter mm)

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Blanketten skickas till:
Kundansvarig, Hjälpmedel Stockholm
Box 139
125 23 Älvsjö
alternativt till faxnummer: 08-123 498 03

Postadress
Box 139, 125 23 Älvsjö

Besöksadress
Bergtallsvägen 10, Älvsjö

Telefon
08- 123 476 00

E-post
hjalpmedelstockholm.slso@sll.se

Hemsida
www.hjalpmedelstockholm.se

Fax
08- 123 498 03