**Kundanmälan till Lager- och logistikservice**

Postadress

Region Halland  
Lager- och logistikservice  
Hallands sjukhus Halmstad  
301 85 Halmstad

Mejladress

logistikservice@regionhalland.se

Blanketten används för begäran om nyupplägg av kundkonto för  
beställning av lagerförda varor eller beställningsvaror i regionens   
webbutik, eller för ändring av befintligt konto. Anmälan skickas ifylld   
och undertecknad till vår mottagare (se adressuppgifter till höger).   
Blanketten är ifyllbar i skärmläge. Om den skrivs ut och ifylls för   
hand, texta TYDLIGT. Innan nyupplägg av kundkonto kan ske   
görs en prövning av behörighet till regionens avtalssortiment.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Blankett för nyupplägg eller ändring av kundkonto**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Markera gällande alternativ för denna anmälan. Det är möjligt att markera flera beroende på anmälans syfte. | | | |
| **Anmälan som**  **ny kund** | **Ändring av**  **kundkontouppgifter** | **Avanmälan/borttag  av kund** | **Anmälan/avanmälan  av beställare** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Markera gällande alternativ. | | | | |
| **Enhet inom**  **Region Halland** | **Kommun i Halland** | **Privat vårdenhet**  **offentligt finansierad**  **av Region Halland** | **Annan privat**  **vårdverksamhet** | **Annan**  **verksamhet** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmälarens kontaktuppgifter | | |
| **Namn** | **Telefon** | **Mobil** |
|  |  |  |
|  | | |
| **Mejladress** | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ifyll uppgifter om verksamheten och dess beställare om detta önskemål omfattas av denna anmälan. | | | | |
| **Verksamhetsnamn** (sjukhus, vårdcentral, inrättning) | | **Avdelning/enhet** (t.ex. Avd 3C Ortopedi, sjukgymnastik etc) | | **Organisationsenhet - ORG** (Endast avseende Region Hallands verksamheter) |
|  | |  | |  |
|  | | | | |
| **Förvaltningsbenämning eller bolagsnamn** (t.ex. Närsjukvården Halland, Capio etc.) | | | | **Organisationsnummer** (Endast enhet utanför Region Hallands organisation) |
|  | | | |  |
|  | | | | |
| **Leveransadress** | **Postadress** | | **Fakuraadress**  (om annan än postadress) | |
|  |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ifyll uppgifter om person som ska **läggas till** eller **tas bort** som beställare för verksamheten. | |
| **Namn** | **Användar-ID** |
| **Beställare 1** |  |
|  | |
| **Mejladress** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Användar-ID** |
| **Beställare 2** |  |
|  | |
| **Mejladress** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Användar-ID** |
| **Beställare 3** |  |
|  | |
| **Mejladress** | |
|  | |