**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** | **Kommuni 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** |
|  |