

Köp _____ st Löpande hyra _____ st Hämtning av lyft _____ st Akutlyft / beredskapslyft

Nr _____

Beställningsdatum _____

BESTÄLLARE

Kommun _____

Område _____

Namn _____

Telefon _____

Fax _____

Referens nr: _____

FAKTURERINGSADRESS (Om annan än beställaren)

Enhet _____

Adress _____

Postnr/ort _____

Telefon _____ Fax _____

Mobil _____

Referens nr _____

LEVERANSINFORMATION

Namn _____

Namn _____

Gatuadress _____

Postadress _____

Telefon _____

Kontakt vid leverans _____

Önskat leveransdatum _____

MOBIL PERSONLYFT GL5 (el breddning)Bygelstorlek: 53 cm 44 cm 34 cmHjulstorlek: 100 mm 80 mm**HYRA**Från och med: _____ till och med: _____ tills vidare**ÖVR. KÖP** våg _____ st**HYRNUMMER:** (fylls i av leverantören)

Levererat datum _____

Retur datum _____

Orderbekräftelsemailas åter till beställaren
och Hjälpmedelsverksamheten:hjalpmedelsverksamheten@vaxjo.se Standard Kronoberg

Orderguide/ 210331