

Faxmeddelande

| | | |
|--------|---|-------------------------|
| Datum: | | |
| Till: | Skånetransport | Beställande mottagning: |
| | Extra beställning, transport av hjälpmedel (ej turbil, ej hemtransport) | Namn: |
| | | Telefon: |
| | | Fax: |

Rsid (mottagningssekreterarens), för fakturering: _____

Transport av:

| Antal | Benämning | ev. ID-nummer |
|-------|-----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| |
|--------------|
| Från: |
| Adress: |
| Postadress: |
| Telefon: |

| |
|--------------|
| Till: |
| Adress: |
| Postadress: |
| Telefon: |