

**Beställare****Beställningen gäller för**

Namn		Namn	
HSAid		HSAid	
E-post		E-post	
Telefon		Telefon	
Org.nummer			

**Typ av beställning**

Ny		Tillägg		Ändra befintlig		Borttag	
----	--	---------	--	--------------------	--	---------	--

**Behörighet Kommunens handläggare, enhetschefer och sjuksköterskor**

Kommun	Boende	Titel/Roll

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är korrekta

Datum och underskrift
Enhetschefens namnförtydligande
Telefonnummer enhetschef
E-postadress enhetschef

Skicka den ifyllda blanketten till Region Västmanland, Tandvårdsenheten, 721 89 Västerås.