

## Beställningssedel till V-Tech

Beställares namn	Sjukhus
Adress	Telefonnummer
Kontaktperson	Fax
	E-post, ev.

### Produkt som skall beställas

<u>Benämning</u> , skriv produktnamn och artikelnummer	<u>Enhet</u> , fp/st	<u>Beställt antal</u>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

Kom ihåg att skriva under din beställning

Namnteckning

Datum

\_\_\_\_\_