

Ny/förändrad kund – Sjukvård (*=obligatoriska fält)

Fylls i med kryss (x)

Ny	
Ändring av befintlig kund	
Kundnummer	

Kundtyp (OBS, endast ett val)*

Kommun (kundgrupp 90)	
Landsting (kundgrupp 90)	
Privat (kundgrupp 90)	
Statlig (kundgrupp 90)	

Adress fakturamottagare*

Organisationsnummer			
Fakturamottagare (Företag/Kommun/LT etc)			
Fakturaref/Kostnadsställe/ Beställar-ID			
Adress			
Postnummer		Ort	

Kontaktinfo fakturamottagare*

Kontaktperson*		Tele nr* (Obs direkt nr)	
Önskas faktura i PDF-format via E-post	Om ja, ange E-post för faktura		
Vill ni ha faktura via EDI	Om ja, ange GLN-kod		

Leveransadress*

Kundnamn			
Avdelning/internadress			
Adress OBS! kan inte vara boxadress			
Postnummer		Ort	

Kontaktinfo leveransadress (E-post för webshop & indrag. bör ej vara personlig)*

Kontaktperson*			
Tele nr* (Obs direkt nr för kontaktperson)		Fax	
Ansv. Läkare/förskrivare			
E-post, kontaktperson*			
E-post, för inloggning i webshop*			



E-post för orderbekräftelse och följesedel*	
E-post vid ev. indragning*	
Övrig info:	

Har du frågor rörande hur du fyller i kundansökan vänd dig till oss på Oriola så hjälper vi dig.

Kontaktuppgifter Oriola

E-post nykund@oriola.com

Tel. 0770-22 20 20

För att posta din ansökan:

Märk kuvertet med **"Ny Kund Oriola "**

Oriola AB

Box 252

435 25 Mölnlycke

Vi samlar endast in relevanta och nödvändiga personuppgifter i syfte att kunna fullfölja överenskomna tjänster och avtal. Vi följer de nya riktlinjerna i GDPR (EU 2016/679) och har uppdaterat vår [Integritetspolicy](#) för att belysa hur vi hanterar personuppgifter, varför vi samlar in uppgifterna och hur vi arkiverar dem.