

Datum: \_\_\_\_\_ Typ av kund<sup>(kundgrupp)\*</sup>

Typ av ansökan*	Kommun <sup>(95)</sup>	Skola <sup>(41)</sup>
Ny	Landsting/Region <sup>(10)</sup>	Företagshälsovård <sup>(16)</sup>
Ändring av befintligt kundnummer:	Privat VC, Klinik <sup>(12)</sup>	Vaccinationscentral <sup>(14)</sup>
	Statlig <sup>(17)</sup>	Annan:

### Fakturaadress

Organisationsnummer\*

Fakturamottagare\*

Adress, Postnummer, Ort\*

Kontaktperson och telefonnummer (direktnummer/mobilnummer, ej växelnummer)\*

Referens (tex märkning faktura, beställar-ID, kostnadsställe)\*

Önskas faktura i PDF-format via E-post\*

Ja      Nej

Vill ni ha faktura via EDI/SVE Faktura\*

Om ja, ange E-post för faktura

Ja      Nej

Om ja, ange GLN-kod

### Leveransadress

Kundnamn och avdelning/internadress\*

Adress, Postnummer, Ort, ev. Portkod (OBS! kan inte vara boxadress)\*

Kontaktperson och telefonnummer (direktnummer/mobilnummer, ej växelnummer)\*

E-post, kontaktperson\*

E-post, för inloggning i webshop\*

E-post för orderbekräftelse och följesedel\*

E-post ev. indragning\*

Ansvarig läkare/förskrivare\*

Önskas avaktivering av vacciner enligt Europeiska direktivet om förfalskade läkemedel (2011/62/EU).\*

Se länk för information om FMD <https://www.oriola.com/se/publications/news/2019/fmd/>

Ja      Nej

Övrig information

Vi accepterar att Oriolas leveranser sker tisdag – fredag mellan kl 08.00-17.00\*

Ja

För att posta din kundansökan:

Oriola AB / Box 252 / 435 25 Mölnlycke

Ni är alltid välkomna att kontakta MSD Vaccinservice på:

order@msdvaccinservice.se / Tel: 0771-51 51 00