SKJEMA FOR TILBEHØR

\*= må fylles ut \* \*= kun når hjelpemiddelnummeret ikke er oppgitt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BRUKER** |  | **UTFYLT** **AV** |  |
| Navn \* |       | Navn \* |       |
| Fødselsdato \* |       | Arbeidssted \* |       |
| Adresse |       | Mobiltelefon \* |       |
| Postnummer/sted |       | E-post \* |       |
| Kommune |       | Stilling |       |
| Telefon \* |       | Avtalt med |       |
| Installasjonsadresse \* |       |

**Hjelpemiddel som trenger tilbehør**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hjelpemiddel-****nummer** \* | **HMS serienummer** \* *(Kun hvis hjelpe-middelet har det)* | **Beskrivelse** \* | **Antall** \* |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**Begrunnelse for tilbehør \***

|  |
| --- |
|       |

**Tilbehør**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hjelpemiddel-nummer** \* | **Beskrivelse** \* | **Antall** \* | **Lev. artikkelnr. og pris** \* \* | **Leverandør** \* |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

**Utfylt skjema Med førsteside for innsending sendes til NAV SKANNING. Benytt førstesiden for bytte.**

24.01.2024