



Rumsrekvisition

Patientuppgifter

Namn	Personnummer	Hemlandsting
Box/Gatuadress	Postnummer	Postadress
Telefonnummer		

Faktureringsadress

Rerers nr: (Skall alltid anges vid faktura till ÖLL) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-							Ifylls om fakturan ska ställas till annan mottagare än ÖLL
			-								
Örebro läns landsting Fakturaservice Box 1500 701 15 ÖREBRO											
Tidsperiod: fr o m t o m											
fr o m t o m											

Beställarens information till hotellpersonal om t ex speciella behov

--

Beställande klinik	Ansvarsenhet	
Datum	Underskrift	Telefonnummer
	Namnförtydligande	

Mottagare av beställningen

Datum	Namn
Hotellens noteringar	
.....	
.....	
.....	
.....	