

Vårdenhetsnummer (Fylls i av KHS)	
--------------------------------------	--

Vårdenhetens uppgifter

Namn	
Adress	
Postadress	
Telefon	

Ev. kontaktperson

Namn	
Telefon	
E-postadress	

Övrig information

--

Skicka blanketten via e-post till khs@kalmar.se