



HENVISNINGSSKJEMA KOMMUNALT HJELPEMIDDELLAGER

Navn	Født	
Adresse	Tlf/ Mob	
Postnr		
Pårørende	Tlf/ Mob	
Henvist av:	Dato:	Mottatt av:

KRYSS AV FOR ØNSKET TJENESTE:

Hvilke hjelpemidler:	Utlån langtid	Utlån korttid	Retur	Montering	Reparasjon

Avtale:

SKJEMAET SENDES TIL:

Hamar kommune
Kommunalt hjelpemiddellager Fax: 62546236
Stafsberg vn 110
2319 Hamar
