



Beställningsblankett

ID: e-post: kundtjanst@samtrans.se | KundWebb: www.samtrans.se
Tel: 08-522 500 00 | Fax: 08-720 57 50

Efternamn:		Förnamn:		Personnummer, 10 siffror:	
Hemadress (H):		Kontaktperson:		Telefonnummer:	
Postnummer:	Postadress:			Portkod:	
Skola (S)/Verksamhet (V):		Kontaktperson:		Telefonnummer:	
Adress:		Postnummer:	Postadress:		
Fritidshem (F):		Kontaktperson:		Telefonnummer:	
Adress:		Postnummer:	Postadress:		
Korttidshem (K):		Kontaktperson:		Telefonnummer:	
Adress:		Postnummer:	Postadress:		
Giltighetstid fr.o.m.:			Giltighetstid t.o.m.:		

Veckodag	Hämtas från	Åker till	På plats klockan (Lämnas)	Retur från	Hämtas klockan	Åker till	Beställningen gäller		Medgivande	Ja	Nej
							Udda vecka	Jämn vecka	OK att lämna resenären ensam?		
Måndag							Udda vecka	Beviljad ensamåkning?			
Tisdag							Jämn vecka	Assistent och/eller medföljande			
Onsdag								Hjälpmedel	Ja	Nej	
Torsdag								Rollator			
Fredag								Rullstol, manuell			
Lördag								Rullstol, eldriven			
Söndag								Elmoped (promenadscooter)			
								Barnvagn			
								Krav på utrustning	Ja	Nej	
								Bälteskudde			
								Liggande transport (bår)			
								Dubbelbemanning			
								Trappklättrare			
								Fordonskrav	Ja	Nej	
								Kan åka personbil			
								Skall åka buss			
								Övriga upplysningar:			

Beställare/enhet:		Fakturaadress:	
Namn:		Förvaltning/enhet:	
Adress:		Referens:	
Postnr, postadress:		Adress:	
Telefonnummer:		Postnr/postadress	
E-postadress:		Referens-ID (e-faktura)	