Bli kund hos Triolab/Meddela adressändring

FÖRETAGSINFORMATION

Sjukhus/företagsnamn:

Organisationsnummer:

Avdelning/institution:

Adress: (gata/våning/plan/hus/rum):

Postnummer:

Ort: (och land om annat än Sverige)

Telefon:

E-post:

LEVERANSADRESS

Sjukhus/företagsnamn:

Befintligt kundnummer:

Avdelning/institution:

Adress: (gata/våning/plan/hus/rum):

Postnummer:

Ort:(och land om annat än Sverige)

Telefon:

E-post:

Kontaktperson:

Övrig leveransinformation:

FAKTURAADRESS

Region/sjukhus/företagsnamn:

Befintligt kundnummer:

Avdelning/institution:

Kostnadsställe:

Adress: (gata/box):

Referensnamn/referenskod

Postnummer:

Ort:(och land om annat än Sverige)

Telefon:

E-post:(faktura skickas som pdf).

Kontakt vid fakturarelaterade frågor:

GLN-nummer (faktura skickas som e-faktura):

Mejlas till: order@triolab.se