

# Offertförfrågan

**Denna del fylls i av Region Uppsala.**

Patientens namn	Personnummer (ej dom fyra sista siffrorna)
Kontaktperson och avdelning	Datum för offertförfrågan
Diagnos och funktionshindrets omfattning	
Mål och syfte med hjälpmedlet	
Beskrivning av önskat hjälpmedel och dess funktion	

**Denna del fylls i av den som ger offertsvar**

Företag.	Kontaktperson och telefonnummer.
Datum för offertsvar.	Offertens pris per st.
Beskrivning av offererat hjälpmedel med hjälpmedlets funktion, konstruktion, ingående komponenter och garanti.	