



HAPARANDA
KOMMUN

REKVISITION/BESTÄLLNING

Kryssa för vilken typ av glasögon som avses

Skyddsglasögon

Terminalglasögon

.....
Namn

.....
Personnummer

.....
Förvaltning

.....
Avdelning

.....
Faktureringsadress: Haparanda kommun, Fack 760017, 10637 Stockholm

Referens:
.....

Vid rekvisition av skyddsglasögon, ange om sidoskydd behövs

Ja

Nej

.....
Datum

.....
Arbetsledarens underskrift