

Bestilling Endring av fakturamottaker

Dette skjema benyttes når en annen enn den Norsk Helsenett har inngått et kundeavtaleforhold med skal være fakturamottaker.

Endring av fakturamottaker gjelder for fakturautstedelse som skjer etter signering av dette endringsskjema. Ved manglende betaling av faktura, vil purring og varsel om inkasso sendes den som er Kunden iht. Kundeavtalen, og denne er alltid juridisk ansvarlig for kravet.

*** MÅ fylles ut - BRUK BLOKKBOKSTAVER!**

Faktura er tidligere sendt til:	
*Kundenr./organisasjonsnummer:	
*Navn på kunde:	
*Fakturaadresse:	
*Postnr/poststed:	
Faktura skal for ettertiden sendes til:	
*Fakturamottakers organisasjonsnummer:	
*Fakturamottakers navn:	
*Fakturaadresse:	
*Postnr/poststed:	
*Ref. på faktura:	
Ønsker faktura på e-post:	
Ønsker EHF-faktura: oppgi hvilken meldingssentral	

Spesielt avtalte forhold:

--

Dato/sted

Sign. kunde

Sign. fakturamottaker

MERK: Ufullstendige/uleselige skjema vil bli returnert avsender

Skjemaet sendes i posten, i telefaks, eller som scannet vedlegg til e-post, til:

Norsk Helsenett SF Postboks 6123 7465 Trondheim	Telefon: 24 20 00 00 www.nhn.no	Telefaks: 77 28 62 87 E-post: kundesenter@nhn.no
---	--	---