**Kundnummer ska vara kopplat till:**

|  |  |
| --- | --- |
| Posten Meddelande AB | Posten Logistik AB |
| Önskat startdatum för kundnummer och tjänster: | |

**Kunduppgifter:**

|  |  |
| --- | --- |
| Företagsnamn: Karolinska Institutet | Organisationsnummer:  202100-2973 |
| Postadress: | Gatuadress: |

**Kontaktuppgifter(uppgiftslämnare):**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefonnummer: |
| E-postadress: | |

**Faktureringsuppgifter:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fakturamottagare (PostNords information):  3042184 | |
| Fakturareferens (endast *en* fast referens per kundnummer, max 35 tecken): | |
| EDI-fakturering:  Ja | Nej |

**Faktureringsvillkor:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Faktureringsfrekvens:  1 ggr / månad | Fakturaspecifikationsfrekvens:  1 ggr / månad | Betalningsvillkor:  30 dagar |
| Fakturaomfång:  Sam.fakt. (ink.spec) | Fakturaavgift:  Nej, Karolinska Institutet | Kredittillägg:  Nej |

**Beställning av nytt kundnummer:**

|  |  |
| --- | --- |
| Följande tjänster ska vara kopplade till kundnumret: | |
| Frankeringsservice | Svarspost |
| Utdelningsadress för svarspost: | |
| Svarspostmallen ska skickas till:  Intern.premium@postnord.com | |

**Ändring av befintligt kundnummer:**

|  |
| --- |
| Ändring avser kundnummer: |
| Jag vill göra följande ändringar: |
| Övrig information: |

**Uppsägning:**

|  |  |
| --- | --- |
| Uppsägning avser tjänsten: | |
| Frankeringsservice | Svarspost |
| Kundnummer: | |
| Datum för uppsägning: | |

**Information från Säljadministration (ifylles av PostNord):**

|  |
| --- |
| Framtaget kundnummer: |

PostNords information

Ansvarsnummer: 5190.60

UB nummer: 690021522

Återkoppling av kundnummer ska ske till: intern.premium@postnord.com