**Leverantörens kontaktuppgifter**

**Avseende Manuella snabbtest för Patientnära analys, RS 2018-05670**

**Kontaktperson anbudet**Namn:  
Titel:  
Telefon:  
Mobil:  
e-post:

**Kontaktperson avtalsfrågor, prisändringar**Namn:  
Titel:  
Telefon:  
Mobil:  
e-post:

**Kontaktperson tekniska frågor**Namn:  
Titel:  
Telefon:  
Mobil:  
e-post:

**Felanmälan/Reklamation**Kontaktperson/funktion:  
Helpdesk telefon:  
Helpdesk e-post:  
Övrigt: