AVVIKELSEBLANKETT

Uppgiftslämnare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn och befattning |  |  |
| Mail |  | Telefonnummer |

Tid och plats (för avvikelsen)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum  2019 -     -      \_ | Tid        : |
| Ordernummer | Region/Kommun/Enhet |

Beskrivning av avvikelse

Reklamation  Utebliven leverans

Felaktig faktura

Vaccintyp

Hexyon  Synflorix

Rotarix  M-M-VAXPRO

diTekibooster  Tetravac

Gardasil 9

|  |
| --- |
| Beskriv händelsen: |

Tack, nu är du klar. Skicka ifylld blankett, bifogade filer och eventuella frågor till [ramavtalsforvaltning@sklkommentus.se](mailto:ramavtalsforvaltning@sklkommentus.se)

IFYLLES AV SKL KOMMENTUS

Hanterare

|  |
| --- |
| Namn och mejladress |

Inhämtad information från leverantör:

|  |
| --- |
| Datum: |

Beslut åtgärd (med motivering):

|  |
| --- |
| Datum: |