

|  |
| --- |
| **Rekvisition läkemedel** |

**Ifylld blankett faxas eller mailas till läkemedelsenheten som ombesörjer beställningen.**

**Faxnr 7840, mail** **lakemedelsenheten@kronoberg.se**

|  |
| --- |
| Beställande avdelning: |
| Telefon: | Fax: |
| Orderdatum:  | Ev önskat leveransdatum: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Varunummer | Produktnamn, styrka och beredningsform | Storlek | Antal |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Behörig beställare**

|  |  |
| --- | --- |
| Namnteckning | Namnförtydligande |