

Undertecknad ger härmed

- a) utsedda personer vid nedan angiven organisation/enhet eller
- b) utsedd person

fullmakt att för min räkning hämta ut de läkemedel som jag angivit (OBS! Använd gärna baksidan av denna blankett).

Fullmakten gäller för ett tillfälle och upphör tre månader från dess undertecknande.

☐ Fullmakten ska även gälla för att göra köpet mot faktura. I samband med köpet görs en kreditbedömning av Collector Bank, som i vissa fall inkluderar en kreditupplysning. Fakturaavgift om 19 kr tillkommer.

Texta tydligt!

Personuppgifter – jag som ger fullmakt

För- och efternamn

Personnummer (år xxxx, månad xx, dag xx – 4 siffror)

| |

Telefonnummer som apoteket kan nå mig på

Underskrift

Namnsteckning

Namnförtydligande

Ort och datum

☐ A: Fullmakten gäller för utsedda personer vid:

Organisationens/enhetens namn

Organisationsnummer

☐ B: Fullmakten gäller för följande person:

För- och efternamn

Personnummer (år xxxx, månad xx, dag xx – 4 siffror)

| |

Fyll i läkemedlen du behöver på baksidan -->

Läkemedel som jag behöver (texta tydligt!)

Läkemedel

Jag vill INTE att apoteket
byter till billigare alternativ
(kan innebära merkostnad)

☐☐☐☐☐☐☐☐

Mer om utbyte av läkemedel

När du hämtar ut ett läkemedel på recept kan du bli erbjuden ett annat läkemedel än det som står på receptet. Det heter generiskt utbyte och betyder att apoteket byter ut det läkemedel som står på ditt recept till ett annat läkemedel med samma verksamma ämne. Om det finns ett billigare alternativ är apotek skyldiga att erbjuda dig utbyte. Du kan alltid få det läkemedel som din läkare skrivit på receptet, men då får du själv betala mellanskillnaden mellan det läkemedlet och det billigaste alternativet.