

ANSÖKAN BLI KUND

Beställning av läkemedel och övriga apoteksvaror

Anmälan scannas in och mailas till:

kundnummer@apoteket.se

För beställningar gäller de "**Allmänna villkor för beställning av läkemedel och övriga apoteksvaror**" som vid vart tillfälle finns publicerade på www.apoteket.se.

Vänligen skriv tydligt, samtliga fält måste vara korrekt ifyllda för att kunna behandlas av Apoteket.

Kund

Verksamhetsinriktning

Sjukvård Tandvård Veterinär (behörig beställare måste vara veterinär)

Annan verksamhet, ange verksamhetsinriktning: _____

Verksamhetens namn (inklusive eventuell avdelning/enhet)

Organisationsnummer

Telefon/Mobil

Fullständiga fakturauppgifter

Fakturareferens _____

Adress _____ Uppskattat inköp SEK/månad _____

Postnummer _____ E-postfaktureringsadress _____

Ort _____

Verksamhetsansvarig _____ Verksamhetens E-postadress _____

Underskrift firmatecknare/Ekonomisk ansvarig

Namnförtydligande

Ort/Datum

Namnteckning

Jag accepterar Apotekets vid var tid gällande Allmänna villkor för beställning av läkemedel och övriga apoteksvaror, www.apoteket.se/vard-foretag/lakemedel/bli-kund.

Användare

Markera det alternativ som gäller för er verksamhet.

Av Verksamhetschef utsedd beställare enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Underskrift krävs*.

Beställare enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Förskrivarkod anges för förskrivare**.

Beställare enbart handelsvaror (Ej Läkemedel)

Beställare

Namn	E-postadress och Tfn	Befattning/medicinsk titel	**Förskrivarkod
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

*Underskrift av Verksamhetschef enligt (HSLF-FS 2017:37)

Namn	E-postadress	Befattning/medicinsk titel
_____	_____	_____
Ort/Datum/Underskrift		

Varuleverans

Leveranser och expeditionskostnader se Praktisk information och säkerhetsföreskrifter för beställning via WebbAbest på www.apoteket.se/ward-foretag/lakemedel/bli-kund.

Fullständig Leveransadress (ej boxadress)

Adress _____

Postnummer _____

Ort _____

Vardagar 08:00 - 18:00

Vardagar 08:00 - 12:00 (kan inte erbjudas längs lantbrevbärlinjer)

Ange vilka vardagar ni önskar leverans, minst två dagar behöver anges.

Måndag

Tisdag

Onsdag

Torsdag

Fredag

Transportinformation (t.ex. lastkaj, trappuppgång, hiss etc.)

Portkod

Du kan när som helst avregistrera dig från tjänsten genom att skicka ett mail till **kundnummer@apoteket.se**. Du kommer då att avregistreras från tjänsten inom 30 dagar. Efter avregistreringen kommer du inte längre att kunna beställa läkemedel och apoteksvaror elektroniskt.