

Faxas/lämnas till

Apotekets namn	Faxnummer	Antal sidor
----------------	-----------	-------------

Beställande enhet (enhetens namn och leveransadress) ----- -----	Beställningsdatum (år, månad, dag)
	GLN-nummer
	Telefonnummer

VARUNUMMER	LÄKEMEDEL Namn, Läkemedelsform	Styrka	FÖRP STLK	ANTAL FÖRP	REST/MEDD
Underskrift behörig beställare		Namnförtydligande och befattning			

Apotekets noteringar