apoteket

LÄKEMEDELSREKVISITION

Faxas/lämnas till

Apotekets namn	Faxnummer	Antal sidor

Beställande enhet (enhetens namn och leveransadress)	Beställningsdatum (år, månad, dag)
	☐ Betalas kontant ☐ Betalas med faktura ☐ Hämtas
	Kundnummer / Telefonnummer

VARUNUMMER	LÄKEMEDEL Namn, Läkemedelsform	Styrka	FÖRP STLK	ANTAL FÖRP	REST/MEDD

Underskrift behörig beställare	Namnförtydligande och befattning

Kvittens (vid hämtning)

Datum
Underskrift
Namnförtydligande

Apotekets noteringar

B0144-3A mars 2015 ©Apoteket AB