

Avtal mellan enskild veterinär och lokalt apotek avseende faxöverförda recept/rekvisioner

Undertecknad förskrivare kommer att från nedan angivet faxnummer överföra recept/rekvisioner till nedan nämnda apotek.

Jag ansvarar för att samtliga i mitt namn översända faxrecept/rekvisioner från det angivna faxnumret, gäller som original och att dessa utfärdas i enlighet med av Läkemedelsverket utfärdade föreskrifter om överföring av recept eller rekvisition via fax.

Legitimerad veterinär

För- och efternamn/Företagsnamn	Telefonnummer (även riktnr)
Utdelningsadress	Mobilnummer
Postnummer och ort	Faxnummer (även riktnr)
Underskrift	
Ort	Namnteckning av förskrivande Veterinär
Datum	Namnförtydligande

Apotek

Namn	Telefonnummer (även riktnr)
Utdelningsadress	Faxnummer (även riktnr)
Postnummer och ort	
Jag bekräftar mottagandet	
Ort	Namnteckning av Apotekschef
Datum	Namnförtydligande