

## Förskrivning/beställning läkemedelsnära produkter

Välj produktområde

Förskrivningsdatum

Patientens namn

Personnummer

Förskrivarens namn

Tele/mobil

Arbetsplats

Fax.nr

E-post

Förskrivande kundnr

Anv.namn  
i Sesam LMN

### Förskrivna produkter

Artikelnr	Artikelbenämning	Antal/förp.	Antal förp.	Antal uttag
-----------	------------------	-------------	-------------	-------------

Första uttaget

### Leveransuppgifter nedan fylls i om första uttaget önskas omgående

Leveransalternativ

Vid val av utlämningsställe, ange postnummer och ort.

Vid utlämningsställe önskas avisering via

Aviseringstelefon o ev. kontaktperson

Namn (c/o namn)

Tele/mobil

Leveransadress

Portkod

Ort

Postnummer

Info till chaufför

*Förskrivarens underskrift och titel*

Fyll i blanketten. Skriv ut och skriv under.

Faxa blanketten till Skövdedepån **0500 - 43 79 01**

Frågor till kundtjänst **010 - 441 31 99**