

Bilaga 3

Avveckling av kommunalt akutläkemedelsförråd

Ifylld blankett sänds till:

Administrativ samordnare, Enhet Läkemedel och Hjälpmedel, Regionens Hus, Lillhagsparken
5, 405 44 Göteborg.

Uppgifter om förrådet

Namn på KAF:

Fullständig adress:

GLN-nummer:

Kundnummer:

Godsmottagare:

Kommun/Stadsdel:

Annat akutläkemedelsförråd inom samma geografiska område som tar emot läkemedlen från
förrådet:

.....

Kommentarer:

.....

.....

 Checklista för avveckling av kommunalt akutläkemedelsförråd har följts.Ovan nämnda kommunala akutläkemedelsförråd vid ovanstående enhet har avslutats enligt
rutin.

Datum:

Namn:

MAS i ovanstående kommun/stadsdel

Enhet Läkemedel och Hjälpmedel skickar kopia på detta beslut till

- MAS
- RGL