Avvikelse distribution Skövdedepån

Anmälningsdatum

Ifylls av uppgiftslämnaren

Namn

Tele/Mobil

Arbetsplats

Fax.nr.

E-post

Uttagsnr. i Sesam LMN

Beskrivning

Händelsedatum

Kommentar (ifylls alltid)

Har kontakt tagits med Skövdedepån

○ Ja ◉ Nej

För åtgärd av leveransproblemet måste Skövdedepån kontaktas, 010 - 441 31 99

Spara ifylld blankett och bifoga i ett e-postmeddelande till: lmn.regionservice@vgregion.se

Ifylls av Läkemedelsnära produkter (LMN)

Mottagare av anmälan ansvarar för att anmälan skickas till ansvarig person inom LMN.

Ankomstdatum

Signatur

Ansvarig

Åtgärd

Ärendet avslutat (datum)

Signatur