**Beställning av recept/ etiketter/ hjälpmedelskort samt livsmedelskort med kod och till-tryck.**

( skriv i datorn och spara, alt. texta och scanna in, sen bifoga till inköpsuppdraget )

"Stäm av med Enheten för sjukvårdsfarmaci att arbetsplatskoden är korrekt innan beställning"

Datum:

Ansvarsnummer:

Ev. kundnummer:

Leveransadress:

Insänder via mail till:

inkopsuppdragltv@regionsormland.se

405 105 Receptblanketter i block med kod och till-tryck ( 100 ex/ block )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bl

405 204 Receptklisteretiketter med kod och till-tryck ( minsta 100 ex. )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_st

405 402 Hjälpmedelskort i block med kod och till-tryck ( 100 ex/block )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bl

XXX XXX Livsmedelskort i block med kod och till-tryck ( 100 ex/block )\_\_\_\_\_\_\_\_\_bl

Förskrivarkod första 7 siffrorna/ arbetsplatskod sista 13 siffrorna:

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_/ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Vad som ska stå som tilltryck:

Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enhet/ motsvarande: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adress:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uppgiftslämnare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_