

Faxas/lämnas till

Apotekets namn	Faxnummer	Antal sidor
----------------	-----------	-------------

Beställande enhet (enhetens namn och leveransadress)	Beställningsdatum (år, månad, dag)
	<input type="checkbox"/> Betalas kontant <input type="checkbox"/> Betalas med faktura <input type="checkbox"/> Hämtas
	Kundnummer
	Telefonnummer

VARUNUMMER	LÄKEMEDEL Namn, Läkemedelsform	Styrka	FÖRP STLK	ANTALFÖRP	REST/MEDD
Underskrift behörig beställare		Förskrivarkod			
Namnförtydligande och befattning					

Kvittens (vid hämtning)

Datum
Underskrift
Namnförtydligande

Apotekets noteringar