

Beställare/Leveransadress

--

Kontaktperson

Namn
E-postadress
Telefon (även riktnr)

Fakturaadress (om annan än ovan)

--

Skickas till

SKL Kommentus
117 99 STOCKHOLM

eller faxa 08-709 59 45

Jag/Vi önskar	405 105	Receptblanketter i block (100 ex/block)	_____	block
	405 113	Receptblanketter i lösblad	_____	ex
OBS! Minileverans 200 ex eller 2 block	405 204	Klisteretiketter 100x18 mm	_____	ex
	405 212	Klisteretiketter 52x18 mm	_____	ex
	405 402	Hjälpmedelskort i block (100 ex/block)	_____	block
	405 410	Hjälpmedelskort i lösblad	_____	ex

Följande uppgifter önskas förtryckta på recept/etiketter/hjälpmedelskort

(V g texta – eller bifoga kopia på tidigare tryckning)

Förskrivarkod (7 siffror)

Arbetsplatskod/kombikakod (högst 13 siffror)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Förnamn

Efternamn

Titel

Sjukvårdsinrättning, klinik/motsvarande

Utdelningsadress (gata, box etc)

Telefon (även riktnr)

Postnummer

Postort

Telefax (även riktnr)

OBS!

Minileverans 200 ex eller 2 block