

## Läkemedel – arbetsplatskod, ansökan

Bilaga 1 till rutin: [Läkemedel - arbetsplatskod](#)

Förskrivarkategori (kryssa)	Ägare (kryssa)
Läkare Tandläkare Annat:	Region Kommun Privat företag med avtal Privat företag utan avtal Företagshälsovård, privat Pensionär Annat:
Verksamhetsområde	
Beskriv verksamhetens specialitet	

### Arbetsplats

(Folkbokföringsadress anges om ansökande är pensionär eller förskrivare utan klinisk tjänst.)

Verksamhetsnamn (om de skiljer, ange namn för både mottagning och företag)	Planerat startdatum	
Organisationsnummer (OrgEnhet för intern verksamhet)	Nuvarande arbetsplatskod (om sådan finns, 13 siffror)	
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
Mottagningsadress	Postnummer	Postadress
Telefon	E-post	

### Medicinskt ledningsansvarig / Kontaktperson

(Egna uppgifter anges om ansökande är pensionär eller förskrivare utan klinisk tjänst.)

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Förskrivarkod (7 siffror)	Telefon	E-post

Med denna anmälan intygas att ovan lämnade uppgifter är korrekta och att jag godkänner överenskommelsen gällande arbetsplatskoder i Region Halland.

Namnsteckning	Ort
Namnförtydligande	Datum

Ifylld blankett skickas till:  
 Avdelningen för kvalitet inom Hälso- och sjukvård  
 Att: Läkemedel  
 Region Halland  
 Box 517  
 301 80 Halmstad.

Vid frågor kontakta Läkemedelsfunktionen på Regionkontoret, [lakemedelsstrategi@regionhalland.se](mailto:lakemedelsstrategi@regionhalland.se)