

Läkemedel – arbetsplatskod, ansökan

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

Förskrivarkategori (kryssa)	Ägare (kryssa)
<input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Tandläkare Annat:	<input type="checkbox"/> Region <input type="checkbox"/> Kommun <input type="checkbox"/> Privat företag med avtal <input type="checkbox"/> Privat företag utan avtal <input type="checkbox"/> Företagshälsovård, privat <input type="checkbox"/> 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.

Namn-teckning

Ort

Namn-förtydligande

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

Uppdaterat från föregående version

2024-07-01 Korrigering av format.