

## ANMÄLAN ARBETSPLATSKOD

### Enheten för sjukvårdsfarmaci

<b>PERSONUPPGIFTER</b>		<input type="checkbox"/> Pensionerad
Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress		epostadress
Postnummer	Postadress	Tfn

<b>VERKSAMHETSUPPGIFTER (i förekommande fall)</b>		
Praktikens namn		
Utdelningsadress		epostadress
Postnummer	Postadress	Tfn
Övrig information		

Enligt Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner krävs att förskrivarens arbetsplats kan identifieras med en kod för att ett förmånsberättigat läkemedel skall expedieras med förmån.

Villkor för arbetsplatskod:

- Ta del av information från Läkemedelskommittén i Västmanland
- Ta del av information gällande kostnadsutvecklingen för förskrivna läkemedel
- Följa gällande lagar och förordningar kring journalföring samt läkemedelsförskrivning
- Följa basläkemedelslistan och dess rekommendationer

Arbetsplatskoden kan upphöra att gälla om legitimation saknas, vid flytt eller när villkoren inte följs.

Uppföljning kommer att ske av att villkoren för arbetsplatskoden följs.

Med denna anmälan intygas att ovan lämnade uppgifter är korrekta och därtill bekräftas att jag kommer att tillämpa fastlagda villkor samt meddela eventuell förändring.

Datum \_\_\_\_\_

Namnsteckning \_\_\_\_\_

<b>REGIONENS NOTERINGAR</b>	
<input type="checkbox"/> Anmälan registreras	Tilldelad arbetsplatskod (13 siffror):
<input type="checkbox"/> Anmälan registreras ej	Motivering
Datum	Namnsteckning
	Namnförtydligande
Plats för stämpel	Anteckningar

**Anmälan skickas till: Enheten för sjukvårdsfarmaci, Ing. 4**

**Regionhuset, 721 89 VÄSTERÅS**