



BASSORTIMENT Ändring

Sjukhus/Avdelning	Kontaktperson	Telefonnummer (även riktnummer)
-------------------	---------------	---------------------------------

Varor som ska tillföras

Vara, namn och läkemedelsform	Styrka	Förpacknings- storlek	Varunummer

Varor som ska tas bort

Vara, namn och läkemedelsform	Styrka	Förpacknings- storlek	Varunummer

Kommentarer

--

Underskrift

Datum	
.....	
Namn-teckning ansvarig läkare	Namnförtydligande
.....