



Bilaga 1 – Kundens Apotek

Kund (enl. Avtal om tillhandahållande av extemporeläkemedel / Anmälan om apotek)	Datum
--	-------

Fylls i av kund		
Namn Apotek		Önskat kundID om ledigt
Leveransadress (postadress, postnummer, ort)		GLN nr
Telefon	Fax	E-post
Fakturaadress (om annan än fakturaadress för Kund, se övergripande avtal)		
Fylls i av APL		
Kund ID	Turnr Tamro	Övrigt

Fylls i av kund		
Namn Apotek		Önskat kundID om ledigt
Leveransadress (postadress, postnummer, ort)		GLN nr
Telefon	Fax	E-post
Fakturaadress (om annan än fakturaadress för Kund, se övergripande avtal)		
Fylls i av APL		
Kund ID	Turnr Tamro	Övrigt

Fylls i av kund		
Namn Apotek		Önskat kundID om ledigt
Leveransadress (postadress, postnummer, ort)		GLN nr
Telefon	Fax	E-post
Fakturaadress (om annan än fakturaadress för Kund, se övergripande avtal)		
Fylls i av APL		
Kund ID	Turnr Tamro	Övrigt



Bilaga 1 – Kundens Apotek

Fylls i av kund		
Namn Apotek		Önskat kundID om ledigt
Leveransadress (postadress, postnummer, ort)		GLN nr
Telefon	Fax	E-post
Fakturaadress (om annan än fakturaadress för Kund, se övergripande avtal)		
Fylls i av APL		
Kund ID	Turnr Tamro	Övrigt

Fylls i av kund		
Namn Apotek		Önskat kundID om ledigt
Leveransadress (postadress, postnummer, ort)		GLN nr
Telefon	Fax	E-post
Fakturaadress (om annan än fakturaadress för Kund, se övergripande avtal)		
Fylls i av APL		
Kund ID	Turnr Tamro	Övrigt

Fylls i av kund		
Namn Apotek		Önskat kundID om ledigt
Leveransadress (postadress, postnummer, ort)		GLN nr
Telefon	Fax	E-post
Fakturaadress (om annan än fakturaadress för Kund, se övergripande avtal)		
Fylls i av APL		
Kund ID	Turnr Tamro	Övrigt

Fylls i av kund		
Namn Apotek		Önskat kundID om ledigt
Leveransadress (postadress, postnummer, ort)		GLN nr
Telefon	Fax	E-post
Fakturaadress (om annan än fakturaadress för Kund, se övergripande avtal)		
Fylls i av APL		
Kund ID	Turnr Tamro	Övrigt