

Avvikelse Läkemedelsnära produkter (LMN)

Anmälningsdatum

Uppgiftslämnare

Namn

Arbetsplats

E-post

Telefon/mobil

Faxnummer

Uttagsnr. i Sesam LMN

Beskrivning

Händelsedatum

Kommentar (Ska alltid fyllas i)

1. Har kontakt tagits med LMN?

Ja

Nej

För åtgärd av leveransproblemet måste LMN kontaktas, 010—441 31 99

Spara ifylld blankett och bifoga i ett e-postmeddelande till: lmn@vgregion.se

Fylls i av Läkemedelsnära produkter

Mottagare av anmälan ansvarar för att anmälan skickas till ansvarig person inom LMN

Ankomstdatum

Signatur

Ansvarig

Åtgärd

Ärendet avslutat

Signatur