

Engångsfullmakt - organisation

Undertecknad ger härmed utsedda personer vid nedan angiven organisation/enhet fullmakt att för min räkning hämta ut mina läkemedel på apotek. **Fullmakten gäller för ett tillfälle** och för de läkemedel som står på baksidan av denna fullmakt.

Fullmakten ska även gälla för att (*kryssa i avsedd ruta om det är aktuellt*):

- Betala köpet med min befintliga kredit (delbetalning) på apoteket.
- Ansöka om ny kredit (delbetalning) på apoteket om jag inte redan har ett konto.
Kreditprövning kommer att göras och faktureringsavgift tillkommer.

Tänk på att skriva tydligt! Jag som ger fullmakt:

Namn	
Personnummer	
Telefonnummer som apoteket kan nå mig på vid frågor	
Namnteckning	Datum

Fullmakten gäller för utsedda personer vid:

Organisationens/enhetens namn

Vilka läkemedel behöver du? – Fyll i läkemedelslistan på baksidan

Apotekets anteckningar

Blankett inlämnad av (namn)	
Budets legitimation kontrollerad (ange personnummer) – Fullmaktsgivarens legitimation behöver inte uppvisas	Datum och Signum medarbetare

Blanketten arkiveras på apoteket.