

Datum

---

---

Begäran skickas till

Apotekens Service AB

Att: Service Desk

Ringvägen 100, uppgång D

118 60 Stockholm

Fax nr: 08-647 90 01

---

### Personuppgifter

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| För- och efternamn | Personnummer |
|--------------------|--------------|

### Följande ska återkallas

|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| Förskrivarens för- och efternamn | Vårdinrättning och ort |
| Förskrivarens för- och efternamn | Vårdinrättning och ort |
| Förskrivarens för- och efternamn | Vårdinrättning och ort |
| Förskrivarens för- och efternamn | Vårdinrättning och ort |

### Underskrift

---

Namnteckning