

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