|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klinik:** |  | **Sidan av**  |
| **Gäller fr.o.m.** |  | **Gäller t.o.m.** |  |

 Datumet t.o.m. fylls i när detta dokument ersätts av ett nytt

Följande personer har tilldelats behörighet till klinikens läkemedelsförråd:

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Titel** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Klinikchef:

|  |
| --- |
| Datum: ……………………………………………….……………………………………………….Namnteckning Namnförtydligande |