Blankett 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientens namn/personnummer** | **Kontaktuppgifter överrapporterande förskrivare** | **Kontaktuppgifter mottagande förskrivare** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Utl datum** | **Invnr/Serienr** | **Modell** | **Leverantör** | **Leverantörens artikelnr** | **Inköpsår** | **Inköpspris** | **Försäljningspris** | **Övertages ja/nej** | **Specanp/nr** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |