| **Avdelningsnamn** | **GLN-kod** (suffix LMS, ange 13 siffror) |
| --- | --- |
| **Klinikens namn** | **Avdelningens adress** |
| **Telefon till avdelning** | **Epost** |
| **Förvaltningsnummer** (ange två siffror) | **Ansvar** (ange fem siffror) |
| **RSid för ansvarig/a beställare** |  |

**Läkemedelsservice**

| Antal besök per vecka (beställning och uppackning) |  | |
| --- | --- | --- |
| Önskade dagar för besök (slutligt beslut enligt överenskommelse med ApoEx) |  | |
| Narkotikainventering/kontrollräkning | ☐ Ja. Ange önskad frekvens: | ☐ Nej |
|  | **Observera att denna tilläggstjänst inte ersätter ansvaret för kontrollansvarig sjuksköterska/farmaceut på avdelning.**  [Se mer information i regional rutin för läkemedelshantering.](https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelshantering/) | |
| Städning av läkemedelsförrådet | ☐ Ja. Ange önskad frekvens: | ☐ Nej |
| Övriga önskemål |  | |
| Önskat datum för uppstart/ändring |  | |

**Övriga villkor**

Villkor enligt huvudavtal. Spara kopia.

**Underskrift av behörig beställare**

| Namnteckning och namnförtydligande | Ort och datum |
| --- | --- |

**Underskrift av ApoEx**

| Namnteckning och namnförtydligande | Ort och datum |
| --- | --- |

| **Maila signerat avtal samt bilaga till din LMS-enhet:** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Helsingborg | [lms.helsingborg@apoex.se](mailto:lms.helsingborg@apoex.se) | Kristianstad | [lms.kristianstad@apoex.se](mailto:lms.kristianstad@apoex.se) |
| Hässleholm | [lms.hassleholm@apoex.se](mailto:lms.hassleholm@apoex.se) | Lund/Landskrona | [lms.lund@apoex.se](mailto:lms.lund@apoex.se) |
| Malmö | [lms.malmo@apoex.se](about:blank) | Trelleborg | [lms.trelleborg@apoex.se](mailto:lms.trelleborg@apoex.se) |
| Ystad | [lms.ystad@apoex.se](mailto:lms.ystad@apoex.se) | Ängelholm | [lms.angelholm@apoex.s](mailto:lms.angelholm@apoex.se) |