| **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 | Kristianstad | lms.kristianstad@apoex.se |
| Hässleholm | lms.hassleholm@apoex.se | Lund/Landskrona | lms.lund@apoex.se |
| Malmö | lms.malmo@apoex.se | Trelleborg | lms.trelleborg@apoex.se |
| Ystad | lms.ystad@apoex.se | Ängelholm | lms.angelholm@apoex.s |