Läkemedelsrådet

JÄVSANMÄLAN

Enstaka kontakt av mindre omfattning med extern part

Namn .....

Arbetsplats .....

Medlem i .....

Extern part .....

Typ av samverkan .....

.....

Tidpunkt för samverkan .....

Samverkan godkänd av verksamhetschef ja ☐ nej ☐

Ersättning utgår ja ☐ nej ☐

20 - -

.....
Underskrift