



Fullmakt för uthämtning av försändelser från Apotekstjänst

Undertecknad ger härmed nedanstående person-/er fullmakt att hämta ut försändelser från Apotekstjänst för vår verksamhet.

Fullmaktstagare:

För- och efternamn:	Personnummer:
För- och efternamn:	Personnummer:
För- och efternamn:	Personnummer:
För- och efternamn:	Personnummer:

Fullmaktsgivare:

För- och efternamn:	Verksamhet:
Telefonnummer:	

Lämna in ifylld fullmakt till det aktuella utlämningsstället.

Vid varje uthämtning av försändelse från Apotekstjänst till ovan verksamhet måste fullmaktstagaren legitimera sig.

Underskrift fullmaktsgivare

Namnteckning

Ort och datum

För utlämningsstället:

Fullmaktens original sparas på utlämningsstället i en pärm.

Kontakta oss:

Apotekstjänst Sverige AB
181 85 Lidingö
Kundtjänst 010-221 69 70
kundtjanst@apotekstjanst.se
www.apotekstjanst.se