

KORTTIDSFULLMAKT – VÅRDENHET/BOENDE

Fullmakten ska antingen faxas av personal på vårdenheten/boendet till apoteket vid varje beställning eller så sparar apoteket faxkopior i en pärm under fullmakternas giltighet.

Fullmakten ska INTE sparas elektroniskt.

Undertecknad ger härmed vårdpersonal på vårdenhet/boende inom bolaget (org. nr) fullmakt att för min räkning beställa mina receptbelagda varor samt beställa receptfria varor på Kronans Apotek AB (org. nr 556787-2048) genom Kronans Apotek .

Undertecknad tillåter också att personer utsedda av vårdenhet/boende får hämta mina beställda varor från apoteket.

Undertecknad ger de av vårdenheten/boendet utsedda personerna som hämtar min beställning fullmakt att (kryssa i avsedd ruta om det är aktuellt):

- Betala beställningen på mitt befintliga PayEx Apotekskonto på Kronans Apotek.
- Ansöka om ett PayEx Apotekskonto på Kronans Apotek. Kreditprövning kommer att göras och faktureringsavgift tillkommer. För villkor se www.payex.se eller ring telefonnummer 0498-20 15 20.
OBS! Ansökan om PayEx Apotekskonto måste fyllas i och faxas till apoteket i samband med beställningen.
- Jag vill även att en översikt över mina elektroniskt sparade recept skrivs ut och skickas med beställningen.

Fullmakten gäller för perioden 20.....-.....-.....--20.....-.....-..... Skriv tydligt!

Fullmakten bör gälla för en period om max 6 månader.

I och med att jag undertecknar denna fullmakt ger jag samtycke till att apoteket sparar mina uppgifter på apoteket under fullmaktens giltighetstid.

Jag som ger fullmakt:

Namn	
Personnummer	
Telefonnummer som apoteket kan nå mig på vid frågor	
Namnsteckning	Datum

Information till apoteket

Denna fullmakt är giltig utan legitimationskontroll av fullmaktsgivaren.