

Recertificering til ydelsen Tjek på inhalation

Navn: _____

Apotek: _____

Medarbejderen har gennemført minimum 5 ydelser inden for de seneste 6 måneder.

Der er inden for det seneste år gennemført en faglig vurdering af medarbejderen ved levering og gennemførelse af ydelsen.

Apotekeren erklærer, at ovenstående betingelser er opfyldt.

Dato: _____ Underskrift: _____

OBS – der skal ikke indsendes yderligere bilag

Til
Pharmakon
Milnersvej 42
3400 Hillerød
Att. Kristin R. Primdahl

eller fax 3529 4761

Evt. mail til krp@pharmakon.dk