

Tilmelding til skamtan

Persónligir upplýsingar

Navn:	
Føðingardagur/P-tal:	Telefonnr.:
Konta í peningastovni:	
Reg.nr.:	Kontonr.:

Kontaktpersónur / avvarðandi

Navn:	Telefonnr.:
Eg fá fasta vitjan av sjúkrarøktarfrøðingi hjá heimatænastuni Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	

Viðvíkjandi útflyggjan av skamtanarheilivági (set X)

<input type="checkbox"/> Eg ynski at fáa heilivágin koyrdan til hús 14. hvønn dag Skal sendast til: _____
Eg ynski at heinta heilivágin 14. hvønn dag á apotekinum: <input type="checkbox"/> Tjaldurs Apotek <input type="checkbox"/> Norðoya Apotek <input type="checkbox"/> Apotekið í Steinatúni <input type="checkbox"/> Eysturoyar Apotek <input type="checkbox"/> Suðuroyar Apotek

Avtalan skal vera galdandi fyri <u>skamtan</u> og tilhoyrandi apotek Set X við tilhoyrandi apotek:	
<input type="checkbox"/> Tjaldurs Apotek / Apotekið Steinatún	<input type="checkbox"/> Norðoya Apotek
<input type="checkbox"/> Eysturoyðar Apotek	<input type="checkbox"/> Suðuroyar Apotek

Hervið verður heimilað Apoteksverkinum at melda meg til GjaldSkipanina hjá Elektron. Gjaldið fyri heilivág og annað, ið verður útflyggjað til mín, skal takast av míni kontu, tá Apoteksverkið sendir boð um hetta. Skjalið verður goymt talgilt í okkara skipan.

Dagfesting: _____ Váttan / Undirskrift: _____