# Struktur för Centeped

|  |  |
| --- | --- |
| **Region** |  |
| **Namn på läkemedelslistan** (ex Neo, Barn) |  |  |

**Regional / Lokal Administratör**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (Huvudperson som ska vara redaktör och vår kontaktperson) | (Alternativ redaktör om tjänsten delas) |
| **Namn** |  |  |
| **Titel** |  |  |
| **HSA-id** |  |  |
| **E-post** |  |  |
| **Telefon** |  |  |

**Regionalt / Lokalt Medicinskt ansvarig**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (Huvudperson som ska vara medicinskt ansvarig och ev vår kontaktperson) | (Alternativ medicinskt ansvarig om tjänsten delas) |
| **Namn** |  |  |
| **Titel** |  |  |
| **HSA-id** |  |  |
| **E-post** |  |  |
| **Telefon** |  |  |

**Gällande verksamhet / verksamheter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verksamhet** 1-2 |  |  |
| **HSA-id** (fullständigt) |  |  |
| **Verksamhet** 3-4 |  |  |
| **HSA-id** (fullständigt) |  |  |

Har ni fler verksamheter än 4 kopiera gärna tabellen ovan och klistra in i dokumentet.

|  |  |
| --- | --- |
| **Verksamhetschef** |  |
| **E-post** |  |
| **Telefon** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Giltig från**  | **Verksamhetschef namnteckning** | **Namn förtydligande** |
|  |  |  |

Ny blankett behövs vid byte av redaktör, medicinskt ansvarig eller verksamhetschef.