AVVIKELSEBLANKETT

Uppgiftslämnare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn och befattning      |  |  |
| Mail      |  | Telefonnummer      |

Tid och plats (för avvikelsen)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum2019 -     -      \_ | Tid      :       |
| Ordernummer      | Region/Kommun/Enhet      |

Beskrivning av avvikelse

Reklamation [ ]  Utebliven leverans [ ]

Felaktig faktura [ ]

Vaccintyp

[ ]  Hexyon [ ]  Synflorix

[ ]  Rotarix [ ]  M-M-VAXPRO

[ ]  diTekibooster [ ]  Tetravac

[ ]  Gardasil 9

|  |
| --- |
| Beskriv händelsen:      |

Tack, nu är du klar. Skicka ifylld blankett, bifogade filer och eventuella frågor till ramavtalsforvaltning@sklkommentus.se

IFYLLES AV SKL KOMMENTUS

Hanterare

|  |
| --- |
| Namn och mejladress      |

Inhämtad information från leverantör:

|  |
| --- |
| Datum:           |

Beslut åtgärd (med motivering):

|  |
| --- |
| Datum:            |