

TILL STYRELSEN FÖR FINSKA ANDELSLAGET FÖR ERSÄTTNING AV LÄKEMEDELSSKADOR

Vi ansöker om medlemskap i Finska andelslaget för ersättning av läkemedelsskador och har godkänt och returnerar härmed läkemedelsskadeförbindelsen.

Ort: _____ Datum: _____

Företag: _____

FO-nummer: _____

Underskrift: _____

Företagets officiella underskrift

Vi intygar att ansökan ovan är korrekt. Ort och datum som ovan.

Returneras till adressen:

Finska andelslaget för ersättning av läkemedelsskador

Porkkalankatu 1 • FI-00180 HELSINKI FINLAND