

Finska Andelslaget för ersättning av läkemedelsskador
Finnish Co-operative for Pharmaceutical Injury Indemnities

SUOMEN LÄÄKEVAHINKOKORVAUSOSUUSKUNNAN HALLITUKSELLE

Haemme Suomen Lääkevahinkokorvausosuuskunnan jäsenyyttä
ja ilmoitamme hyväksyneemme ja palauttaneemme lääkevahinkokorvaussitoumuksen.

Paikka: _____ Päiväys: _____

Yritys: _____

Y-tunnus: _____

Allekirjoitus: _____

(Yrityksen virallinen allekirjoitus ja nimenselvennös)

Todistamme edellä olevan hakemuksen oikeaksi.

Paikka ja aika edellä mainitut.

Todistajien (2) allekirjoitukset ja nimenselvennökset

Palautetaan osoitteella:

Suomen Lääkevahinkokorvausosuuskunta

Porkkalankatu 1 • FI-00180 HELSINKI FINLAND