# Leveransuppdelning (LU)

Beställning från apotek.

Fyll i all information nedan och maila till Tamro senast 15 arbetsdagar före önskad start av leveransuppdelning.

|  |  |
| --- | --- |
| APOTEKETS befintliga uppgifter |  |
| **Apotekets namn** | **Apotekets kundnummer hos Tamro** |
| **Kontaktperson** | **Organisationsnummer** |
| **Telefonnummer till kontaktperson** | **GLN – kod (befintlig)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Leveransuppdelning | |
| **Ref på faktura för leveransuppdelning** | **Ny GLN-kod för leveransuppdelning** |
| **Planerat startdatum för leveransuppdelning** | |

|  |  |
| --- | --- |
| Fylls i av Tamro | |
| **Leveransuppdelningens kundnummer** | **Leveransuppdelningens Turnummer** |

## Vid frågor, kontakta Tamros kundtjänst.

**Telefon:** 0771-15 00 10  
**E-post:** kundservice@tamro.com