

# Återkallelse av delegeringsbeslut

Jag återkallar härmed läkemedelsdelegeringen för

För- och efternamn	Personnummer
Verksamhet	Befattning/yrkestitel
Beslutet gäller från och med	
Namnunderskrift sjuksköterska	Namnförtydligande

Jag är medveten om att delegeringsbeslutet är återkallat och att jag inte får utföra den tidigare delegerade arbetsuppgiften

Namnunderskrift delegat	Namnförtydligande	Datum
-------------------------	-------------------	-------

Som verksamhetschef är jag informerad om beslutet

Namnunderskrift Enhetschef	Namnförtydligande	Datum
----------------------------	-------------------	-------

## Kopia till

Enhetschef

Delegat

Delegerande sjuksköterska

MAS