Frågeformulär

| **Kontaktperson:** | |
|---|---|
| Förnamn | Elin |
| Efternamn | Widegren |
| E-post | elin.widegren@regionjh.se |
| Telefon | 0761372273 |

**Uppdragets namn:**

Läkemedelsavtal Jyseleca

**Gör ett val:**

- ○ Rekvisition
- ◉ Recept

**Uppdragsgivande enhet:**

Läkemedelsenheten

**Uppdrags-/avtalstid från:**

2026-10-01

**Övrigt:**

Nationellt förhandlat avtal. Avtalsvillkoren är sekretessbelagda

**Behörig avtalstecknare, enligt delegationsbestämmelser för Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Jämtland Härjedalen, delegationspunkt 5.5 Uppdraget har godkänts i enlighet med delegationsbestämmelserna av hälso- och sjukvårdsdirektör.**

Anna Granevärn