

Datum

ANMÄLAN
av användande av dentalt amalgam
enligt 5 kap. 18 b § andra stycket
Kemikalieinspektionens föreskrifter
(KIFS 2008:2) om kemiska produkter
och biotekniska organismerSänds till
Socialstyrelsen
Enheten för statistik 2
106 30 STOCKHOLM**Nedanstående klinik kommer att använda dentalt amalgam:**

Vårdgivare		Klinik/kliniker (sjukhustandvård eller motsvarande funktion)	
Adress			
Postnummer		Postort	
Datum		Anmälarens namn och titel	

Socialstyrelsen kommer att skriftligen bekräfta att anmälan har inkommit till myndigheten.