Nedanstående person skall ges behörighet som användare av

register:

**Personliga uppgifter (*var god texta*)**

Efternamn: Förnamn:

Titel: Avd:

Klinik: Sjukhus:

Adress (arb.): Postnummer:

Ort:

Tel (arb.): Mobil: Fax:

Email (arb.):

**Behörighet(er):**

Sjukhus/organisation: [ ] läsrätt

[ ] läs+skrivrätt

Sjukhus/organisation: [ ] läsrätt

[ ] läs+skrivrätt

Sjukhus/organisation: [ ] läsrätt

[ ] läs+skrivrätt

Sjukhus/organisation: [ ] läsrätt

[ ] läs+skrivrätt

Sjukhus/organisation: [ ] läsrätt

[ ] läs+skrivrätt

**Anmälan om tilldelning bekräftas**

Ort och datum

Registerhållare (Signatur) Namnförtydligande