Användaravtal
Bättre Beroendevård

Ifylld blankett skickas till:
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Behörighet till flera enheter

Personen ska ha behörighet som inrapportör:

Inrapportör – kan logga in i systemet, göra registreringar, se statistik

För- och efternamn *	
Befattning/yrke	
HSA-id nr*	
E-post*	
Telefon*	

Enheter som behörigheten ska gälla *Obligatoriska uppgifter. En ofullständig ansökan behandlas ej.

Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	

Adress*	
Postnr, Ort*	
Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

Namn på enhet*	
HSA-ID nr*	
Vårdgivare* – namn på landstinget eller det privata företaget	
Län (geografiskt)*	
Adress*	
Postnr, Ort*	

Underskrift *Obligatoriska uppgifter. En ofullständig ansökan behandlas ej.

Ansökan för flera enheter ska alltid vara underskriven av verksamhetschef som är personuppgiftsansvarig.

Verksamhetschef

Ort, datum

Signatur verksamhetschef*

Namnförtydligande*