

Användaravtal

Bättre Beroendevård

Ifylld blankett skickas till:
Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Ansökan avser:

- ☐ anmäla ny enhet
☐ anmäla byte av kontaktperson
☐ anmäla ny/nya användare

Enhet *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*	

Enhetsansvarig/kontaktperson *Obligatoriska uppgifter. En ofullständig ansökan behandlas ej.

Kontaktperson (en person/enhet) – person som registeransvariga kan kontakta för att förmedla information, denna person har ett samordnade ansvar för enhetens frågor till registren Kontaktpersonen är den som anmäler nya inrapportörer.

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

Vid byte av kontaktperson ange namn på tidigare kontaktperson:

Följande personer ska ha behörighet ska ha behörighet som inrapportör:

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

För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

För- och efternamn	
E-post	

HSA-id nr	
För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

För- och efternamn	
E-post	
HSA-id nr	

Underskrifter

Ansökan för ny enhet ska alltid vara underskriven av verksamhetschef som är personuppgiftsansvarig. Gäller ansökan byte av kontaktperson eller ny användare kan enhetschef med delegation skriva under. En ofullständig ansökan behandlas ej.

Ort, datum

Signatur enhetschef

Namnförtydligande

Verksamhetschef

Ort, datum

Signatur verksamhetschef

Namnförtydligande