|  |  |
| --- | --- |
| **AnvändaravtalBättre Beroendevård**Ifylld blankett skickas till: Registercentrum Västra Götaland413 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\* |