|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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\* | |