

Tilldelning av användarbehörighet till 3C

Nedanstående användaruppgifter behövs för administration av behörigheter och kan på begäran komma att distribueras till registerhållare eller annan kontaktperson i registret, exempelvis vid förlängning av giltighetstid på användarkonton, vid periodisk kontroll av behörighet o dyl. Nedanstående person skall ges behörighet som användare i **HAKIR**:

Personliga uppgifter (* = obligatorisk uppgift)

Efternamn*: Förnamn*:

Klinik/Enhet*:.....Sjukhus:

Adress*: Postnummer*:

Ort*:

Tel.*: Mobil:

Email*:Yrkeskategori *

Tillhörighet*: (Ange här **en** av följande: rehab, mottagning, operation, avdelning, läkare, sekreterare, administration eller registerkoordinator.)

Ansvarig Chef:

Giltighetstiden ska upphöra (åååå-mm-dd): - -

Godkänns*:

Ansvarig lokal koordinator(datum, namn)

Behörighet(er) till:

Typ av konto:

Klinik/Enhet:.....

1: Grundbehörighet 3: Andra sjukhus

2: Läsbehörighet 4: Alla sjukhus

Anmälan om tilldelning bekräftas:

.....
Ort, datum

.....
Registerhållare (namn)

.....
Namnförtydligande

OBS! Vid upplägg av behörigheter måste dokumentet KONTOTYPER användas för korrekt tilldelning av formulär.