

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: HSA-id*:

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/Nationell koordinator (namn)

Annika Elmstedt
Namnförtydligande

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