

Symfoni – behörighet vårdgivare

Beställningen gäller för:Användare: ☐Klinik: ☐

	Kliniknamn:
För- och efternamn	HSA-id
E-post:	Telefonnummer
Bank/plusgiro (ifylls vid ny klinik)	Organisationsnummer (ifylls vid ny klinik)
Adress (ifylls vid ny klinik)	Postnummer Ort (Ifylls vid ny klinik)

Typ av beställning:Ny: ☐ Ändring: ☐ Borttag: ☐**Behörighet vuxentandvård:**N/S/F-ärenden: ☐FHB-ärenden: ☐Faktura-ärenden: ☐**Behörighet barntandvård:**Se fakturaunderlag: ☐Listning: ☐Reg. vådrapport: ☐**Härmed intygas att ovanstående uppgifter är korrekta:**

För- och efternamn	Befattning
Arbetsplats	Telefonnummer
Namnteckning Verksamhetschef	Datum

Skicka ifylld blankett till adressen nedan.