Nedanstående person skall ges behörighet som användare av följande

register: **LKG-registret**

**Personliga uppgifter**

Efternamn: Förnamn:

Titel: Avd:

Klinik: Sjukhus:

Adress (arb.): Postnummer:

Ort:

Tel (arb.): Mobil: Fax:

E-post (arb.):

**Behörighet(er):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulär** | **Rättighet** | |
| **Skriv + Läs** | **Endast Läs** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Anmälan om tilldelning bekräftas**

Ort och datum

Registerhållare (signatur) Namnförtydligande