

Anmälan – utfärdare av N-kort

Yrkesperson som ska utfärda N-kort:

Namn

Befattning

Arbetsplats/Boendenhet.....

Gatuadress

Postnr och Ort.....

Telefonnummer till yrkespersonen.....

Kommun.....

E-postadress.....

HSA-id

Yrkespersonens chef tillika uppgiftslämnare:

Namn

Befattning

Gatuadress

Postnr och Ort.....

Telefonnummer

E-postadress.....

.....
Ort och datum

.....
Underskrift

Skickas till:

Beställarenheten för tandvård, Camilla Olsson-Widén, Box 601, 391 26 KALMAR

Fylls i av regionen:

Inkom till regionen	Uppgiften registrerad	Eventuell kommentar	Signatur	Avregistrerad/passiv
---------------------	-----------------------	---------------------	----------	----------------------