

Anmälningssblankett för gruppkonto i SmiNet

Nedan vill vi ha information som krävs för att vi skall kunna ge er ett lösenord. Vi är tacksamma att få telefonnummer där vi slipper sitta i telefonkö. Vi lovar att dessa inte kommer ut till allmänhet eller utanför Smittskydd Örebro. Vi behöver även en kontaktperson. Skicka anmälan via e-post eller per brev.

Information om er enhet/klinik

Enhet/kliniknamn:

Gatuadress:

Postnr: Ort:

Telefonnummer: Fax:

Information om kontaktperson

Namn:

Telefonnummer: Fax:

E-postadress:

Adress (om annan än ovan):

Postnr: Ort:

I och med denna intresseanmälan lovar vi att lösenordet förvaras på ett säkert ställe så att utomstående ej kan få tag på informationen. Om så är fallet skall vi snarast meddela Smittskydd Örebro så att lösenordet kan spärras.

Datum:

Namnunderskrift ansvarig chef:

Namnförtydligande:

Sänd in blanketten till smittskydd@regionorebrolan.se.

Bekräftelse (Smittskydd Örebros anteckningar)

Härmed bekräftas att ovanstående enhet blivit tilldelade följande lösenord från Smittskydd Örebro.

Lösenord: Datum:

Underskrift:

Postadress

Smittskyddsenheten
Universitetssjukhuset, F2 vån2
701 85 Örebro

Besöksadress

S Grev Rosengatan
Ingång F2

Telefon och e-post

Telefon: 019-602 11 30
E-post: smittskydd@regionorebrolan.se