

## Underlag för behörighet till Tandvårdsfönster för användare

Blanketten fylls i digitalt via programmet  
Adobe Reader.

Samtliga fält är obligatoriska. Har ni valt Region Skåne som  
HSA-ombud behöver ni inte fylla i fältet som avser HSA-id.

Behörighet

Organisation

Avtal	Leverantörens juridiska namn		Organisationsnummer
	Namn på Enhet	E-postadress till verksamhetsansvarig	

Användare	Användarens namn		Personnummer
	HSA-id	E-postadress	
	Telefonnummer	Enhet som behörighet ska flyttas till	Kommun/utförare

OBS!  
Behörigheter till Tandvårdsfönster  
avslutas efter 18 månaders inaktivitet.

Bifoga blanketten (ifylld och med  
underskrift) till Vårdgivarservice genom  
kontaktformuläret som finns på -  
Vårdgivare Skåne (skane.se)

Datum enligt format XXXX-XX-XX

Digital Underskrift av Verksamhetschef/Kommunkontaktperson/Juridisk person