SITHS – Beställning av SITHS-kort/certifikat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Förvaltning/Vårdbolag |  | Datum |  |
| Avdelning/vårdenhet |  |  |  |
| Kontaktperson |  | Ankn/Tfn-nr |  |

*SITHS-kontorets*

*anteckningar*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnr** | **Namn:** | **Ort:** | **Korttyp/Certifikat:** | **Giltighetstid** | **Fotat** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Underskrift (ansvarig chef) |  | Namnförtydligande |

**Ifylld blankett skickas till:**

Servicecenter

Hallands Sjukhus Halmstad

301 85 HALMSTAD

**Arkivering**

Kvittens reservkort ska sparas i 15 år.

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående version Ändrat gäller för. |