



# AMPUTATIONS- & PROTESREGISTER

för nedre extremiteten

## Tilldelning av användarbehörighet 3C

Nedanstående person skall ges behörighet som användare av register: AMPUTATIONS- OCH PROTESREGISTERET för nedre extremiteten

### Personliga uppgifter

Förnamn:	Efternamn:
Titel:	Avd/Klinik:
Sjukhus/Företag:	
Adress:	Postnummer & Ort
Telefon arbete:	Telefon mobil:
E-post:	

### Organisatorisk tillhörighet och identitet tillstyrkas:

Verksamhetschef (signatur):	Datum:
Namnförtydligande:	Ort:

Skriv ut, fyll i, scanna och skicka med e-post till [info@swedeamp.com](mailto:info@swedeamp.com) eller sänd per post till Register Centrum Syd (se nedan)

### Anmälan om tilldelning bekräftas (fylls i av SwedeAmp)

Läs-/skrivrättighet medges i organisation (namn på vårdgivare):	
Datum:	Registeransvarig:
Ort:	Namnförtydligande: