|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Användaravtal Bättre Beroendevård**  Ifylld blankett skickas till:  Registercentrum Västra Götaland  413 45 Göteborg | | | | **Ansökan avser:** | anmäla ny enhet  anmäla byte av kontaktperson  anmäla ny/nya användare |
| **Enhet** \*Obligatoriska uppgifter. En ofullständig ansökan behandlas ej. | | | | | |
| Namn på enhet\* | | |  | | |
| HSA-ID nr\* | | |  | | |
| Vårdgivare\* – namn på landstinget eller det privata företaget | | |  | | |
| Län (geografiskt)\* | | |  | | |
| Adress\* | | |  | | |
| Postnr, Ort\* | | |  | | |
| **Enhetsansvarig/kontaktperson** \*Obligatoriska uppgifter. En ofullständig ansökan behandlas ej.  **Kontaktperson** (en person/enhet) – person som registeransvariga kan kontakta för att förmedla information, denna person har ett samordnade ansvar för enhetens frågor till registren Kontaktpersonen är den som anmäler nya inrapportörer. | | | | | |
| För- och efternamn \* |  | | | | |
| Befattning/yrke |  | | | | |
| HSA-id nr\* |  | | | | |
| Telefon\* |  | | | | |
| E-post\* |  | | | | |
|  | | | | | |
| **Vid byte av kontaktperson ange namn på tidigare kontaktperson:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Följande personer ska ha behörighet ska ha behörighet som inrapportör:**  **Inrapportör** – kan logga in i systemet, göra registreringar, se statistik | | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
|  |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
|  |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
|  |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
|  |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
|  |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
|  |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
|  |  | | | | |
| För- och efternamn |  | | | | |
| E-post |  | | | | |
| HSA-id nr |  | | | | |
| **Underskrifter** | | | | | |
| Ansökan för ny enhet ska alltid vara underskriven av verksamhetschef som är personuppgiftsansvarig. Gäller ansökan byte av kontaktperson eller ny användare kan enhetschef med delegation skriva under. En ofullständig ansökan behandlas ej. | | | | | |
| Ort, datum | |  | | | |
|  | | Signatur enhetschef | | | |
|  | | Namnförtydligande | | | |
| **Verksamhetschef** | |  | | | |
| Ort, datum | | Signatur verksamhetschef | | | |
|  | | Namnförtydligande | | | |