



ÖVERENSKOMMELSE OM SAMARBETE VID TANDVÅRDSSTÖD OCH UPPSÖKANDE MUNHÄLSOBEDÖMNING

UPPDATERING AV ÖVERENSKOMMELSE, PÅ GRUND AV UTBYTE AV KONTAKTPERSON/-ER I KOMMUNEN

1) **Kommunansvarig för tandvårdsstödet** (en eller flera personer – om flera personer, ange ansvarsområde)

Namn

HSA-ID

E-post

Tele

Ansvarsområde

Namn

HSA-ID

E-post

Tele

Ansvarsområde

Namn

HSA-ID

E-post

Tele

Ansvarsområde

Namn

HSA-ID

E-post

Tele

Ansvarsområde

2) Beställare av behörighet till konton i Regionens IT-portal (en eller flera personer)

Namn

HSA-ID

E-post

Tele

Namn

HSA-ID

E-post

Tele

Namn

HSA-ID

E-post

Tele

Uppgifterna lämnade av:

Namn:

Datum:

Kommun: