

**Beställning SITHS kort /HCC**

Ankomstdatum: 20.....-.....-.....

Signatur.....

**Kommun-namn:** \_\_\_\_\_

**Kommunens HSA-Id:** \_\_\_\_\_

 Nytt SITHS e-ID kort   
  Nytt SITHS e-ID Reservkort   
  HCC ska gälla f o m 20.....-.....-..... t o m 20.....-.....- .....
 SITHS e-id Reservkort antal.....till lager

Vårdgivare i HSA Vårdenhet i HSA	HSA-id	Personnummer ÅÅÅÅMMDDNNNN	Efternamn	Tilltalsnamn	Info /notering
		19			

Beställares namn:	
Beställares HSA-Id	

Datum: 20.....-.....-.....

Underskrift beställare

 \_\_\_\_\_  
 Förnamn

 \_\_\_\_\_  
 Efternamn

**Förfarande:**

 Fyll i begäran för beställning skriv under, skicka det till, **Region Uppsala, Passerkortsensheten.751 85 Uppsala.**