

Makulering av SITHS kort / Spärr av HCC

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

Signatur

Kommun-namn:**Kommunens HSA-Id:** Makulera SITHS kort Spärra HCC Makulering av ej utlämnade kort (efter 3 månader)

Jag vet vad det innebär att begära avregistrering av ett SITHS-kort och intygar att nedan nämnda person/-ers SITHS-kort ska avregistreras.

Vårdgivare i HSA Vårdenhet i HSA	HSA-id	Personnummer ÅÅÅÅMMDDNNNN	Efternamn	Tilltalsnamn	Kortnummer
		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, Passerkorts enheten.751 85 Uppsala.**