

## Anmälan – utfärdare av N-kort

### Befattningshavare som ska utfärda N-kort

Namn .....

Befattning .....

Arbetsplats/Boendenhet.....

Gatuadress .....

Postnr och Ort.....

Telefonnummer till befattningshavaren .....

Kommun.....

E-postadress.....

HSA-id .....

### Uppgiftslämnare

Namn .....

Befattning .....

Gatuadress .....

Postnr och Ort.....

Telefonnummer .....

E-postadress.....

.....  
Ort och datum

.....  
Underskrift

#### Skickas till:

Regionstab Samordning hälso- och sjukvård, Regionens särskilda tandvårdsstöd, Box 601, 391 26  
KALMAR

Fylls i av regionen:

|                        |                       |                     |          |                      |
|------------------------|-----------------------|---------------------|----------|----------------------|
| Inkom till landstinget | Uppgiften registrerad | Eventuell kommentar | Signatur | Avregistrerad/passiv |
|------------------------|-----------------------|---------------------|----------|----------------------|