

ANSTÄLLNINGSINTYG FÖR BESTÄLLNING AV PERSONAL- OCH AKTÖRSKORT FÖR HÄLSOVÅRDEN MED FULLMAKT

Lämna denna handling om engångskaraktär till registreringsstället där den arkiveras tillsammans med kortansökningar i 10 år.

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE OCH OM KORTTYPERNA

Korttyper: P = Personkort och A = Aktörskort, tilläggsval V = Avgiftsbelagd avtalsprodukt

P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn
P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	E-post	Organisationens namn

UPPGIFTER OM DEN SOM UTFÄRDAR ANSTÄLLNINGSINTYGET/FULLMAKTEN (DEN SÖKANDES NÄRMASTE CHEF)

Efternamn	Förnamn	Titel/Uppgiftsbeskrivning	Telefonnummer	Organisationens namn	Organisationens FO-nummer
Organisationens enhetens namn (ej obligatorisk)			Adress	Postnummer och postanstalt	
Datum och ort	Underskrift av den som utfärdar Anställningsintyget/Fullmakten (Chefen för den organisation som utfärdar anställningsintyget ansvarar för att uppgifterna om anställningen är riktiga)				