

Certifikattjänster

Returneras per post till adressen:

IN Smart Identity Finland Oy
Jaakkogatan 2
01620 VANDA

Uppgifter om organisationen

Kundnummer (finns t.ex. i er förra faktura)*	
Organisationens namn*	Enhet*
Namnet på den som anmäler ärendet*	E-postadress*

Uppgifter om kortet som reklamationen gäller (fyll i uppgifter också när reklamationen gäller en aktiveringskod)

Kortets tillverkningsdatum*	Kortnummer / specificerande beteckning*
Korttyp* ☐ Organisationskort ☐ Yrkeskort för social- och hälsovården ☐ Personalkort för social- och hälsovården ☐ Aktörskort för social- och hälsovården ☐ Tillfälligt kort	
Kortinnehavarens namn*	

Reklamation

Datum* (Lägg till det datum, då reklamationsblanketten har fyllts i)	
Felets typ* ☐ Trycket på kortytan är bristfälligt ☐ Kortet är defekt eller funktionsodugligt ☐ Aktiveringskoden har tryckts bristfälligt ☐ Annat, vad?	
Felets beskrivning*	
Kortets förvaringsplats och användningsmiljö (t.ex. kortet hölls i datorns interna kortläsare och maskinen transporterades mellan arbetsplatsen och hemmet)*	
Om reklamationen gäller aktiveringskoden, fyll i följande uppgifter	
Sifferserien på aktiveringskodbrevet (höger uppe på brevet)	Datumet på aktiveringskodbrevet

Fälten som är markerade med * är obligatoriska.



Certifikattjänster

Idemia fyller i

Ankomstdatum	Fall nr
Handläggare	
Obs!	
Har behandlats på uppföljningsmötet (datum)	
Beslut på kvalitetsmötet	