|  |  |
| --- | --- |
| Roll \*      Förskrivare [ ]  Beställare [ ]  Önskar avsluta konto [ ]  | Godkännes/undertecknas av ansvarig chef/MAS \* |
| Förskrivare är Du som är läkare, sjuksköterska, barnmorska eller fysio-terapeut med särskild behörighet. | Namnförtydligande och datum \*      |
| HSA-id krävs för inloggning med SITHS:kort. Du kan se ditt HSA-id på www.test.siths.se | Mailadress till ansvarig chef/MAS \*      |
| \* Obligatoriska fält | Blanketten kan sändas in på tre olika sätt:Mail: kundservice.guide@onemed.comFax: 0771-41 41 10Post: OneMed Sverige AB, Box 19, 871 21 Härnösand |

 ****

Ansökan användarkonto OneMed Guide

|  |  |
| --- | --- |
| Namn \*      | Kundnummer \*      |
| HSA-id *(ex. SE23221000206-10KS)*      | Arbetsplatsens namn \*      |
| Mailadress \*      | Gatuadress\*      |
| Tel.nr.      | Postnummer och ort \*      |