

Symfoni – behörighet vårdgivare

Beställningen gäller för: Användare: ☐ Klinik: ☐

Typ av beställning: Ny: ☐ Ändring: ☐ Borttag: ☐

För- och efternamn	Personnummer
Befattning	E-post
Klinik	HSA-id
Bank/plusgiro (ifylls endast vid ny klinik)	Organisationsnummer (ifylls endast vid ny klinik)
Adress (ifylls endast vid ny klinik)	Postnummer Ort (ifylls endast vid ny klinik)

Behörighet vuxentandvård:

N/S/F-ärenden: ☐

FHB-ärenden: ☐

Faktura-ärenden: ☐

Behörighet barntandvård:

Se fakturaunderlag: ☐

Listning: ☐

Reg. vådrapport: ☐

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är korrekta:

Arbetsplats	Telefonnummer
Namnteckning Verksamhetschef	Datum

Skicka ifylld blankett till postadressen nedan.
Tänk på att inte maila personuppgifter!

Tandvårdsstöd Dalarna

Box 712
791 29 Falun

Kontakt

010 – 249 42 02
tandvardsstod@regiondalarna.se
www.regiondalarna.se