|  |  |
| --- | --- |
| 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.com](mailto:kundservice.guide@onemed.com)  Fax: 0771-41 41 10  Post: 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 \* |