

Ansökan/avslut behörighet Superuser MINISTOP

Amnättningsdatum:

Ansökan gäller:

Ny behörighet

Ja

Nej

Avsluta behörighet

Ja

Nej

Superuserns uppgifter

Namn

Befattning

E-postadress

HSA-ID

Arbetsplats

Telefonnummer

Verksamhet som behörigheten gäller:

Chefens uppgifter

Chefens namn

Chefens E-postadress

Telefon/mobil

Ifylld blankett sparas och bifogas i ett e-postmeddelande från chef till:

maria.kb.bengtsson@vgregion.se