

Ansökan upplägg/förändring av organisationsenhet i SAMSA

Var vänlig fyll i aktuella fält för din organisation. Obligatoriska markeras med *

Välj ett av nedan

- Ny uppläggning
- Avslut
- Förändring/Tillägg. Ange vad: _____

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

Nuläge Sjukhus

Sjukhusets namn*: _____

Verksamhet*: _____

Enhetens namn*: _____

Enhetens HSAID*: _____

SVPL enhet **med** inkorg*: **ja/nej** _____

Förändring Sjukhus – Fyll enbart i förändring

Sjukhusets namn: _____

Verksamhet: _____

Enhetens namn: _____

Enhetens HSAID: _____

SVPL enhet **med** inkorg: **ja/nej** _____

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

Nuläge Kommun (ej skola)

Kommun*/Kommunkod: _____

Verksamhet*: _____

Enhetens namn*: _____

SVPL enhet **med** inkorg*: **ja/nej** _____

Förändring Kommun (ej skola) – Fyll enbart i förändring

Kommun/Kommunkod: _____

Verksamhet: _____

Enhetens namn: _____

SVPL enhet **med** inkorg: **ja/nej** _____

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

Nuläge Skola

Kommun*/Kommunkod: _____

Verksamhet*: _____

Enhetens namn*: _____

SVPL enhet **med** inkorg*: **ja/nej** _____**Förändring Skola – Fyll enbart i förändring**

Kommun/Kommunkod: _____

Verksamhet: _____

Enhetens namn: _____

SVPL enhet **med** inkorg: **ja/nej** _____

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

Nuläge VG Primärvård

Primärvårdsområde*: _____

Kommun/stadsdel*: _____

Enhetens namn*: _____

Enhetens HSAID*: _____

SVPL enhet **med** inkorg*: **ja/nej** _____

Förändring VG Primärvård – Fyll enbart i förändring

Primärvårdsområde: _____

Kommun/stadsdel: _____

Enhetens namn: _____

Enhetens HSAID: _____

SVPL enhet **med** inkorg: ***ja/nej*** _____

Fyll enbart i de fält som är relevanta för din organisation

Nuläge Vårdval Rehab

Rehabområde*: _____

Kommun/Stadsdel*: _____

Enhetens namn*: _____

Enhetens HSAID*: _____

SVPL enhet **med** inkorg*: ***ja/nej*** _____**Förändring Vårdval Rehab – Fyll enbart i förändring**

Rehabområde: _____

Kommun/stadsdel: _____

Enhetens namn: _____

Enhetens HSAID: _____

SVPL enhet **med** inkorg: ***ja/nej*** _____

Blanketten inskickad av:

Datum*: _____

Ansvarig/Kontaktperson*: _____

Telefonnummer*: _____

E-postadress*: _____

För hantering av betrodda parter, kontakta din lokala systemförvaltare för SAMSA.**Blanketten skickas via epost till samsa.oracle@helpdesk.easit.nu**

När organisationsförändringen är gjord i SAMSA bekräftas detta via epost till angiven kontaktpersonen.