

Laboratorium:		
Adress:		
Postnummer:	Ort:	
Kontaktperson ¹ :		
Telefon: (direktnr)	Telefax:	E-post:

Personuppgifter registreras i EQUALIS databas och används för administration av deltagandet i EQUALIS kvalitetssäkringsprogram. Rättelse av felaktiga uppgifter utförs på begäran.

Underskrift: _____ Datum: _____

Namnförtydligande: _____

Ange vilket av nedanstående alternativ som önskas. Behörigheten avser samtliga kvalitetssäkringsprogram ni är anmäld till. Önskas behörighet till specifika program ska det anges på separat lista som bifogas anmälan.		
<input type="checkbox"/> Gemensam behörighet att registrera resultat och läsa rapporter		
<input type="checkbox"/> Personlig behörighet att registrera resultat och läsa rapporter till nedanstående personer:		
Namn	E-post	Begränsad behörighet ²
Datum/Signatur:		

¹Kontaktpersonen

- ansvarar för distribution av allmänna användarnamn och lösenord till behöriga personer samt att lösenordet byts ut vid behov
- ansvarar för att personer, utöver prov- och resultatmottagare, anmäls för behörighet till EQUALIS Online. Anmälningar från andra personer kommer inte att accepteras.

²Om behörigheten ska begränsas - till att enbart omfatta registrering av resultat: markera med (1).
- till att enbart omfatta att läsa rapporter: markera med (3).

Faxa eller posta din anmälan till: EQUALIS AB, Box 977, 751 09 Uppsala Fax: 018-69 31 46