

Fyll i vid byte av kontaktperson/lokal- eller regional koordinator eller förändring av kontaktuppgifter.

Enhetens namn: \_\_\_\_\_

### **Kontaktperson/lokal- eller regional koordinator**

Namn: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-postadress: \_\_\_\_\_

Har inloggning i SveDem sedan tidigare? Ja\_                      Nej\_

Föregående kontaktperson: \_\_\_\_\_

Ska föregående kontaktperson inaktiveras? Ja\_                      Nej\_

### **Uppgifter om arbetsplatsen**

Adress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Huvudman (kommun, landsting eller privat): \_\_\_\_\_

Om privat, ange företagsnamn och organisationsnummer: \_\_\_\_\_

Underskrift av verksamhetschef:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Skickas till:  
Tema Åldrande FoUU, Karolinska Universitetssjukhuset  
Blickagången 6, Novum plan 5, SveDem  
Karin Westling  
141 57 Huddinge