

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:
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
Tema Åldrande R 94,
SveDem
141 86 Stockholm