

Kartleggings skjema Tilknytning av fylkeskommune til Norsk helsenett

Ved utfylling ta kontakt med IT ansvarlige i fylkeskommunen.

(* MÅ fylles ut)

1 - Generelle fylkeskommuneopplysninger:			
* Navn på fylkeskommune		* Organisasjonsnummer:	
* Besøksadresse, (evt oppgang, etc)	* Postnr.:	* Poststed:	
Postadresse (* hvis forskjellig fra besøksadresse)	Postnr.:	Poststed:	
* Fakturaadresse (* hvis forskjellig fra postadresse):	Postnr.:	Poststed:	
* Leveringsadresse for utstyr (* hvis forskjellig fra postadresse):	Postnr.:	Poststed:	
* Referanse og kontaktperson for fakturering			
* Telefon	Telefaks:	E-post:	
* Kontaktperson hos fylkeskommunen (<i>administrativ</i>)	* Direkte tlf. / mob:	E-post:	
Fylkestannlege:	Direkte tlf. / mob:	E-post:	
Sikkerhetskontakt (* hvis forskjellig fra kontaktperson):	Direkte tlf. / mob:	E-post:	
Teknisk kontakt (* hvis forskjellig fra kontaktperson):	Direkte tlf. / mob:	E-post:	
2 - Tekniske avklaringer-			
Benyttes Kluster brannmur E-post – TRENGER IKKE FYLLE UT NÅ		JA <input type="checkbox"/>	NEI <input type="checkbox"/>
Port forwarding – TRENGER IKKE FYLLE UT NÅ.		JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ønsket domenenavn: (ta høyde for om satellitter ønsker annet domenenavn)			
3 - Valg av tilknytningsform			
a) Direktetilknnytning			
* Gateadresse for terminering av linje	* Nr.	* Etasje	* Rom
* Eksisterer ikke gateadresse må gnr/bnr oppgis: Dette pga at linjeleverandør trenger enten gateadresse eller gnr/bnr som inngangsverdi for å søke opp tilkoplingsmulighetene mellom sentral og bygning.			* Gnr/bnr:

b) Felles knutepunkt – samarbeid mellom fylkeskommuner

Leverandør av felles knutepunkt må godkjennes av Norsk Helsenett

3) Betalingsterminal via helsenettet	Ønsker denne tjenesten: <input type="checkbox"/> Hvilken leverandør benytter dere? Hvilken terminal bruker dere:.....	
4) SMS	Ønsker denne tjenesten <input type="checkbox"/> <u>Hvilken leverandør bruker dere:</u>	

Vennligst legg ved konfigurasjonskisse hvis fylkeskommunen ikke er på helsenettet.

Vi ønsker tilsendt et uforpliktende tilbud og tilgangsavtale for eventuell signering for tilknytning til Norsk Helsenett på bakgrunn dette kartleggingskjemaet.

Sted: _____ Dato: _____

Sign: _____

Rolle: _____