

Bestilling NHN-Web/e-post, flex

(* MÅ fylles ut med BLOKKBOKSTAVER – også i registreringstabellen på side 2)

Generelle kundeopplysninger	
* Foretaksnavn fra Brønnøysundregisteret/Enhetsregisteret	* Organisasjonsnummer
Alias (annet navn på kunden)	
<i>Annet navn på kunden</i>	
Tekniske opplysninger	
* Hvilken nettleser benyttes?	<input type="checkbox"/> Internett Explorer 6.0 (eller nyere) <input type="checkbox"/> Mozilla Firefox 1.5 (eller nyere) <input type="checkbox"/> Annet:
<i>(benyttes tidligere versjon enn Internett 6.0, må denne oppgraderes. Nedlasting av nettleser kan skje fra vår driftsweb)</i>	
* Hvilken e-postleser benyttes?	<input type="checkbox"/> Outlook 2000 (eller nyere) <input type="checkbox"/> Mozilla Thunderbird 1.5 (eller nyere) <input type="checkbox"/> Annet:
Operativsystem på PC` er	Type operativsystem
<i>Minimumskrav er WIN 2000 / Win XP (Norsk Helsenett supporterer kun operativsystem som supporteres av leverandøren av operativsystemet)</i>	
* Hvilken type antivirus programvare er installert hos kunden?	<input type="checkbox"/> Norton <input type="checkbox"/> Norman <input type="checkbox"/> Trend <input type="checkbox"/> Annet

Priser og valg av tjeneste			
Betegnelse		Bruksavgift	Kryss av
NHN-Web/e-post, flex 1	1 e-post	232,-	<input type="checkbox"/>
NHN-Web/e-post, flex 5	5 e-post	416,-	<input type="checkbox"/>
NHN-Web/e-post, flex 10	10 e-post	816,-	<input type="checkbox"/>
NHN-Web/e-post, flex 20	20 e-post	1 392,-	<input type="checkbox"/>
NHN-Web/e-post, flex >20	Mer enn 20 e-post	På forespørsel	<input type="checkbox"/>

Bestilling av tjenesten NHN-Web/e-post, flex

Før opp ønsket domene og fullt fornavn og etternavn til alle brukere som skal gis tilgang til tjenesten i tabellen.

Bestilling e-postadresser

*Ønsket domene:

For eksempel @legekontoret.nhn.no

	Fornavn (Eller firmapost, resepsjon, etc)	Etternavn
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

(Ved bestilling av mer enn 20 e-post, vær vennlig og legg ved eget ark)

Sted: _____ Dato: _____

Daglig leder / adm. ansvarlig (**BLOKKBOKSTAV**ER og signatur)

MERK: Ufullstendige/uleselige skjema vil bli returnert avsender

Skjemaet sendes i posten, i telefaks, eller som scannet vedlegg til e-post, til:

Norsk Helsenett SF 7465 Trondheim	Telefon: 02017 www.nhn.no	Telefaks: 73 93 14 80 E-post: kundesenter@nhn.no
--------------------------------------	--	---