**Innmelding av ny kommune/virksomhet for oppstart SFM**

INFORMASJON OM LEVERANDØR   
Systemleverandør:   
Systemnavn:

INFORMASJON OM KOMMUNE/VIRKSOMHET   
Navn på kommune: [*hvis PLO eller annen kommunal organisasjon*]   
Organisasjonsnummer for kommune: [*hvis PLO eller annen kommunal virksomhetet*]   
Navn på virksomhet :   
Organisasjonsnummer for virksomhet (*for PLO eller andre organisasjoner der undervirksomhet skal ta i bruk SFM må organisasjonsnummer på underenhet skrives*):   
Bekreft at HelseID er opprettet for kommunen/virksomheten [ja/nei]

INFORMASJON OM TJENESTE   
Navn på tjeneste: [virksomhetstype f.eks. fastlege, sykehjem, hjemmetjeneste, helseforetak]   
HerID:   
Organisert under primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten:   
Tjenesten/HerID er påkoblet e-Resept: [ja/nei]   
Avtaler er signert av kommune (PLO) eller virksomhet: [ja/nei]   
Ønsket oppstartsdato:   
Migrering av data: [ja/nei]   
Antall leger: [omtrentlig]   
Antall annet helsepersonell: [omtrentlig]