**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]