

Skicka blanketten till
Försäkringskassan
Verksamhetsstöd
Box 43
933 21 Arvidsjaur

Läs här innan du fyller i blanketten

Som part med överenskommelse om Uppföljning Finsam följer ni regelbundet upp tilldelade behörigheter och anmäler omedelbart om en beställare av behörigheter avslutar sin anställning eller inte längre ska vara beställare av behörigheter av annan anledning.

Du fyller i blanketten på webben. För att kunna göra det behöver du ha Acrobat reader installerat.

Mer information finns på

1. Uppgifter om organisationen där beställare av behörighet är anställd

Organisationens namn	Organisationsnummer
----------------------	---------------------

2. Behörigheter som ska upphöra att gälla**2.a Uppgifter om den person som inte längre ska vara beställare av behörigheter**

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
E-postadress	Telefon

2.b Uppgifter om den person som inte längre ska vara beställare av behörigheter

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
E-postadress	Telefon

Åtgärdat (fylls i av FK)

Datum	sign
-------	------

3. Underskrift

Datum	Ort
Namnteckning (behörig företrädare)	
Namnförtydligande (förnamn och efternamn)	Titel
E-postadress	Telefon