|  |  |
| --- | --- |
| **Beställning eller ändring av behörigheter användarkonto för KC och/eller applikation** | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Beställning** | * art.nr 80.0032.01 |
| **Ändring** | * art.nr 80.0036.01 |
| **Borttag** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktuppgifter beställare** |  |
| Organisation/Företag | Rakel kundnummer |
|  |  |
| Ansvarig beställare | Ert referens-/diarienummer för denna beställning |
|  |  |
| Kontaktperson | Mobiltelefon |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktuppgifter mottagare** |  |
| Namn | Adress |
|  |  |
| Postadress | e-post |
|  |  |
| Kryfax |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Användarkonto för KC och/eller applikation**  Vi anmäler/ändrar fler än 5 konton och bifogar fil/utskrift med information  Namn på fil: | |
| Användarnamn | Organisationsblockstillhörighet |
|  |  |
| Användarnamn | Organisationsblockstillhörighet |
|  |  |
| Användarnamn | Organisationsblockstillhörighet |
|  |  |
| Användarnamn | Organisationsblockstillhörighet |
|  |  |
| Användarnamn | Organisationsblockstillhörighet |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kommunikationsrättigheter och behörigheter för konton** | |
| Åtkomst till talgrupper för gruppsamtal\* | Organisationsblock |
| Ja  Nej |  |
| PABX | Om extern PABX används, ange vilken\* |
| Ja  Nej |  |
| Behörighet för sammankoppling | |
| Ja  Nej | |
| Behörighet till talgrupper för DGNA\* | Organisationsblock |
| Ja  Nej |  |

\*Rättigheter till andra organisationers block och/eller PABX fodrar medgivande från berörd organisation

|  |
| --- |
| **Jag önskar få login-uppgifter till konton för KC och/eller applikation via:** |
| Kryfax  Fax  Krypterad fil (Kurir) per e-post  Rek post  Annat: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Övrig information:** | | |
| Fritext: | | |
| Härmed godkänns beställning/ändring samt *Allmänna villkor för Rakelsystemet* och de *Särskilda villkoren för Rakelsystemet* för respektive tjänst samt *Prislista för Rakelsystemet*, aktuell version.  I tillämpliga fall *Allmänna villkor för tjänsteleverantör i Rakel* – anslutning på uppdrag av kund. | | |
| Ort | Datum | **Mejla/skicka underskriven blankett och ev. bilagor till:**  [kundstod.rakel@msb.se](mailto:kundstod.rakel@msb.se)  Fax: 010-240 44 05  Teracom AB/Rakel kundstöd  Box 30150  104 25 Stockholm |
|  |  |
| Underskrift av behörig beställare | |
|  | |
| Namnförtydligande | |
|  | |