

Dette skjemaet benyttes til innhenting av informasjon og som fullmakt for bestilling, erstatning og fornyelse av Buypass Smartkort.

Legekantor:

Informasjon om legekantoret personen som skal ha Buypass Smartkort er tilknyttet.

Legekantor	
Poststed	

Personopplysninger:**Alle feltene må fylles ut!**

Informasjon om personen som skal ha Buypass Smartkort.

Fødselsnummer (11 siffer)	
Fornavn	
Etternavn	
Privatadresse *)	
Postnr./-sted *)	
e-postadresse	
Mobilnummer **)	

*) Privat adresse, ikke firmaadresse

***) Benyttes for utsendelse av engangspassord ved behov for identifisering hos Buypass Kundeservice

Kortleser:Har kortleser Ønsker kortleser (USB) **Type Smartkort:**Nytt kort Tilleggs kort Fornyelse **Fullmakt:**

- Jeg har mottatt og aksepterer gjeldende avtalevilkår for Buypass Smartkort.
(www.buypass.no/reg/termsBP_BPCA)

Jeg gir herved **MediLink Software AS** fullmakt til å bestille Buypass Smartkort på mine vegne.

Sted / Dato:	Underskrift:
--------------	--------------

Fyll ut skjema og send pr. post, fax eller epost til:

MediLink Software AS
Postboks 435
3604 Kongsberg

fax: 32 76 87 87

epost: support@medilink.com