

Legekontor/enhet:

Navn:		Foretaksnr.:
Besøksadresse:		Tlf.:
Postnummer:	Poststed:	HER ID:
Kontaktperson:	E-post:	Tlf.:
Teknisk kontaktperson:	E-post:	Tlf.:

Journalsystem:

Systemnavn:		
Leverandør:		
Kontaktperson:	E-post:	Tlf.:

☐ Røntgensvar ☐ Røntgenrekvisisjon

Kommentarer eller spesielle krav mht. meldingsutveksling :