

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-post adresse		
Mobilnummer *)		

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

Kortleser: Har kortleser USB

Type Smartkort: Nytt kort Tilleggskort

Fullmakt:

Jeg aksepterer gjeldende avtalevilkår for Buypass Smartkort
(se www.buypass.no/reg/termsBP_BPCA)

Jeg gir herved **CompuGroup Medical Norway AS** fullmakt til å bestille Buypass Smartkort på mine vegne.

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

Utfylt skjema signeres og sendes pr. post, faks eller e-post til:
 CompuGroup Medical Norway AS
 Postboks 163
 1325 Lysaker
 Faxnr: + 47 21 93 63 01
 E-post: firmapost@compugroupmedical.no