**Aanmeldingsformulier QRNS ten behoeve van nieuwe gebruikers**

**Ziekenhuis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** | **Eventueel locatie** |
|  |  |

**Contactpersoon/personen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Naam** | **Voornaam of voorletters** | **Initialen**  | **m/v** | **E-mail adres \*\*** | **Account** **patiënten invoeren \*\*** | **Account** **rapportages bekijken \*\*** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

**\* verplicht vanuit een ziekenhuisdomein**

**\*\* als u beide mogelijkheden wilt, graag beide kolommen aankruisen**

Dit formulier graag invullen (bij voorkeur op de computer) en retourneren aan:

Per mail: servicedesk-qrns@sivz.nl

Per post: QRNS - p/a Stichting IVZ

 Antwoordnummer 6013

 3990 VB HOUTEN