

## FULLMAKT - BUYPASS SMARTKORT

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

### Legekontor:

Informasjon om legekontoret personen som skal ha Buypass Smartkort er tilknyttet

Legekontor	
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 **)	

\*) Privatadresse – ikke firmaadresse

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

### Kortleser:

Har kortleser

Ønsker USB

### Type Smartkort:

Nytt kort

Tilleggs kort

Fornyelse

### Fullmakt:

Jeg har mottatt og aksepterer gjeldende avtalevilkår for Buypass Smartkort.

Jeg gir herved **EG Norge AS** fullmakt til å bestille Buypass Smartkort på mine vegne.

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

Utfylt skjema signeres og sendes pr. post eller e-post til:

EG Norge AS  
Postboks 43, Bønes  
5849 Bergen  
E-post: infodoc\_post@eg.no