DATABRUKERKONTRAKT

Undertegnede har lest dokumentet "Prinsipper for informasjonsbehandling i HNT", og forplikter seg til å gjøre seg kjent med og følge de til enhver tid gjeldende lover og forskrifter, samt interne krav i Helse Nord-Trøndelag HF vedrørende informasjonssikkerhet.

…………………………………………………………………………………………

NAVN (blokkbokstaver – skriv tydelig) personnummer (11 siffer)

…………………………………………………………………………………………

SYKEHUS KLINIKK AVDELING SEKSJON

TITTEL:…………………

**Hvis ikke fast tilsetting bes tidsrommet oppgis:**

Fra:……………………. Til:……………………………

.........................................................................…………………..

dato og underskrift nettbruker

**For leverandører, tilsynsmyndigheter og andre kortvarige tilganger (sendes informasjonssikkerhetsleder):**

Tidsbegrensning:

........................................................                               .........................................................

fra dato                                                                         til dato

…………………………………………………………………….

Dato og underskrift informasjonssikkerhetsleder