|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Søknadsskjema for utlevering av statistikk/anonyme data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre** | | |
| 1 | Navn på register |  |
| 2 | Prosjekttittel/overskrift |  |
| 3 | Dato for innsending |  |
| 4 | Søkers navn |  |
| 5 | E-post |  |
| 6 | Telefon landkode |  |
| 7 | Telefonnummer |  |
| 8 | Arbeidssted/organisasjon |  |
|  |  |  |
| 9 | Fakturaadresse linje 1 |  |
| 10 | Fakturaadresse linje 2 |  |
| 11 | Postnummer |  |
| 12 | Poststed |  |
| 13 | Land |  |
| 14 | Fakturareferanse |  |
|  |  |  |
| 15 | Prosjektets formål og kort beskrivelse |  |
| 16 | Beskrivelse av ønsket statistikk |  |
|  |  |  |
|  | **Vedlegg og tilleggsopplysninger** |  |
| 17 | Eventuelle vedlegg |  |
| 18 | Kommentarer |  |