

**Arbetsförmedlingen
 Programutbetalning
 Box 65
 681 22 Kristinehamn**

Överenskommelse om att begära ersättning via internet

Inloggning sker med e-legitimation/Bank-ID

Kund/arbetsgivare (Om ni redan tidigare har behörighet att rekvirera via internet ska ni inte skicka in detta formulär)

Företagsnamn	Organisationsnummer	Telefonnummer med riktnummer
Adress	Postnummer	Postadress
E-postadress		

Firmatecknare 1 (Om två personer tecknar firman i förening ska båda personernas uppgifter fyllas i)

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)	Telefonnummer med riktnummer
Adress		Postnummer	Postadress
E-postadress			

Firmatecknare 2

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)	Telefonnummer med riktnummer
Adress		Postnummer	Postadress
E-postadress			

Administratör (Den person hos er som ska administrera era användare i webbtjänsten. Administratören får även behörighet att fylla i formulären/rekvisionerna. När administratören är upplagd får hon/han ett e-postmeddelande med bekräftelse)

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)	Telefonnummer med riktnummer
E-postadress			

Underskrift firmatecknare 1

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Namnteckning
Namnförtydligande	

Underskrift firmatecknare 2

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Namnteckning
Namnförtydligande	

Arbetsförmedlingens anteckningar

<input type="checkbox"/> Kontroll av firmatecknare utförd	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Signatur
<input type="checkbox"/> Behörighetsadministratör registrerad	Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)	Signatur

Överenskommelsen tillsammans med kopia av registreringsbevis/protokoll som styrker firmatecknare skickas till:

**Arbetsförmedlingen
 Programutbetalning
 Box 65
 681 22 Kristinehamn**